

Veiledning
Levevaner
Motivasjon
Delta
Mest
Fremme helse
Søvn
Forebygge
Tilgjengelig
Røykeslutt
Livskvalitet
Likeverd
Kunnskapsbasert
Endre
Tverrfaglig
Inkludere
Fysisk aktivitet
Alkohol
Samhandle
Medvirke
Innovasjon
Støtte
Kvalitet
Kosthold

Veileder for kommunale frisklivssentraler

Eablering, organisering og tilbud

Heftets tittel: Veileder for kommunale frisklivssentraler
Etablering, organisering og tilbud

Utgitt: Februar 2011

Revidert utgave: Oktober 2016

Bestillingsnummer: IS-1896
Tilgjengelig fra www.helsedirektoratet.no

Utgitt av: Helsedirektoratet

Kontakt: Avdeling ernæring og forebygging i helsetjenesten

Postadresse: Pb. 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo

Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo
Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no

FORORD

Frisklivssentralene gjør en uvurderlig jobb både for den enkelte bruker, så vel som for kommunen og storsamfunnet for øvrig. Ved å fremme helse og forebygge sykdom skapes livskvalitet, god helse og gode liv.

Alle kommuner skal ha tilbud om forebyggende helsetjenester til befolkningen. Frisklivssentralen er en anbefalt måte å organisere slike tjenester på og en del av kommunens samlede helsetilbud. Denne veilederen beskriver hvordan en frisklivssentral bør etableres og drives.

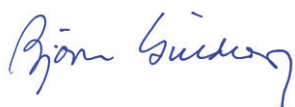
Norge er et langstrakt land med over 400 helt forskjellige kommuner. Det betyr at frisklivssentralene varierer både i størrelse og tilbud. Felles for frisklivssentralene, er at virksomheten er tuftet på kunnskapsbasert praksis og brukermedvirkning. Det bidrar til at det blir en innovativ helsetjeneste. I tilbudet rettes oppmerksomheten mot den enkeltes ressurser og det legges vekt på å være motive-rende, støttende og inkluderende. Alle frisklivssentraler har gruppetilbud, gjerne utendørs. Det gir sosialt samvær i tillegg til naturopplevelser. Ukentlig ser vi oppslag i lokale medier om hvordan frisklivssentralene bidrar til at brukerne klarer å gjøre endringer og mestre sine helseutfordringer. Dette er meningsfylt og viktig arbeid!

Veilederen er oppdatert på bakgrunn av utvikling av helsetjenesten, samfunnet og politikken, forskning, nye faglige anbefalinger, lover og stortingsmeldinger. Blant annet blir psykisk helse, livskvalitet, brukermedvirkning og samhandling viet større plass enn før. En stor takk til brukere, frisklivssentraler, beslutningstakere i kommunen, fylkesmenn, fylkeskommuner, helsepersonell i alle deler av helsetjenesten, frivillige og private organisasjoner som har bidratt med nyttige innspill.

Vi håper denne veilederen vil inspirere kommuner som allerede har frisklivssentraler til å videre-utvikle sitt arbeid, og at kommuner som ennå ikke har etablert frisklivssentraler, finner inspirasjon til å gjøre det.

Frisklivssentraler koster lite og hjelper mange. Forebygging lønner seg!

Lykke til!



Bjørn Guldvog, Helsedirektør

INNHOOLD

Forord	3
1 Innledning	7
2 Frisklivssentralen – en kommunal helsetjeneste	8
2.1 Formålet med frisklivssentralen	8
2.2 Målgruppe	8
2.3 Frisklivssentralens rolle i helhetlige, koordinerte helsetjenester	8
2.4 Frisklivssentralens rolle i kommunens folkehelsearbeid	9
3 Tilbudet ved frisklivssentralen	10
3.1 Strukturert og tilpasset tilbud	10
3.2 Første kontakt med frisklivssentralen	11
3.3 Helsesamtalen	11
3.4 Barrierer og muligheter for endring av levevaner	12
3.5 Å snakke om endring	12
3.5.1 <i>Motiverende intervju og andre metodiske tilnærminger</i>	13
3.6 Basistilbudet ved frisklivssentralen	13
3.6.1 <i>Fysisk aktivitet</i>	13
3.6.2 <i>Test av fysisk form</i>	14
3.6.3 <i>Kosthold</i>	14
3.6.4 <i>Tobakk</i>	15
3.7 Tilbud ved frisklivssentralen utover basistilbudet	16
3.7.1 <i>Psykiske plager</i>	16
3.7.2 <i>Søvn og søvnvansker</i>	16
3.7.3 <i>Risikofylt alkoholbruk</i>	17
3.8 Tilrettelegging av tilbudet for ulike alders- og målgrupper	17
3.8.1 <i>Barn og unge</i>	17
3.8.2 <i>Eldre</i>	18
3.8.3 <i>Innvandrere</i>	18
3.8.4 <i>Gravide</i>	19
3.9 Diagnosespesifikke tilbud knyttet til levevaner	20
3.10 Etter avsluttet tilbud ved frisklivssentralen	20
4 Hvorfor frisklivssentraler	21
4.1 Frisklivssentralens tilbud gir resultater	21

4.2	Støtte til å endre levevaner gir resultater	21
4.3	Frisklivssentraler koster lite og kan hjelpe mange	22
4.3.1	<i>Mål for helsegevinst og helsetap</i>	22
4.3.2	<i>Eksempler på effekt- og kostnadsvurderinger av forebyggende tiltak</i>	22
4.4	Frisklivssentralen kan bidra til å løse kommunale lovpålagte oppgaver	23
4.5	Frisklivssentralen møter dagens helseutfordringer	24
4.6	Frisklivssentralen kan bidra til å redusere sosiale ulikheter i helse	25
4.7	Frisklivssentralen kan bidra til sosialt nettverk og integrering	25
5	Etablering og organisering	26
5.1	Utredning og forankring	27
5.2	Organisering og lokalisering	27
5.3	Personell og kompetanse	27
5.3.1	<i>Dimensjonering</i>	27
5.3.2	<i>Kompetanse</i>	28
5.3.3	<i>Veilederkurs for ansatte ved frisklivssentraler</i>	28
5.3.4	Faglig forsvarlighet	28
5.3.5	<i>Forsikring</i>	29
5.4	Økonomi, tilskudd og egenbetaling	29
5.5	Internkontroll	29
5.6	Oversikt og samarbeid	29
5.6.1	<i>Brukermedvirkning</i>	30
5.6.2	<i>Aktuelle samarbeidspartnere</i>	31
5.6.3	<i>Frisklivssentralen og andre helsetjenester og tilbud</i>	33
5.7	Informasjons- og kommunikasjonsarbeid	35
5.7.1	<i>Logo og profilprogram</i>	35
5.8	Oppstart	36
5.9	Dokumentasjon og journalføring	36
5.9.1	<i>Elektronisk journalsystem</i>	36
5.9.2	<i>Journalføring</i>	36
5.9.3	<i>Taushetsplikt</i>	37
5.9.4	<i>Opplysningsplikt til helse- og omsorgstjenesten og barnevernet</i>	37
5.9.5	<i>Oppbevaring og arkivering</i>	37
5.9.6	<i>Epikrise</i>	37
5.10	Kvalitetssikring, evaluering og utviklingsarbeid	38
5.10.1	<i>Innsamling og sammenstilling av data</i>	38
5.10.2	<i>Anbefalte kvalitetsindikatorer for dokumentasjon av drift</i>	38
5.10.3	<i>Anbefalte kvalitetsindikatorer for dokumentasjon av tilbud</i>	39

6 Lovverk og styringsdokumenter	40
6.1 Lover og forskrifter	40
6.1.1 Helse- og omsorgstjenesteloven	40
6.1.2 Spesialisthelsetjenesteloven	40
6.1.3 Folkehelseloven	40
6.1.4 Plan og bygningsloven	41
6.2 Styringsdokumenter	41
6.2.1 Samhandlingsreformen og Nasjonal helse og omsorgsplan	41
6.2.2 Morgendagens omsorg	41
6.2.3 NCD-strategien	41
6.2.4 Nasjonal kreftstrategi	42
6.2.5 Nasjonal strategi for tobakksforebygging	42
6.2.6 Nasjonal helse- og sykehusplan	42
6.2.7 Folkehelsemeldingene	42
6.2.8 Primærhelsemeldingen	42
6.2.9 Likeverdige helse- og omsorgstjenester	43
6.2.10 Friluftsliv - natur som kilde til helse og livskvalitet	43
6.3 Aktuelle retningslinjer og veiledere	43
7 Sentrale begreper	45
Referanser	51

1 INNLEDNING

Frisklivssentralen er en kommunal helsetjeneste. Målet er å fremme helse og forebygge sykdom ved å gi tidlig hjelp til å endre levevaner og mestre helseutfordringer. Frisklivssentralen skal bidra til redusert sykdomsbyrde og sammenhengende helsetjenester, og være en samarbeidspartner i kommunens folkehelsearbeid.

Kommunene er gjennom [helse- og omsorgstjenesteloven](#) (1) pålagt å tilby helsefremmende og forebyggende helsetjenester til befolkningen. Frisklivssentraler i tråd med denne veilederen er utviklet i kommunene, og er en anbefalt måte å organisere slike helsetjenester på.

Frisklivssentralens rolle, organisering og tilbud avhenger av innbyggernes behov for helsetjenester, helsetilstand og risikofaktorer, samt lokale forhold. Tilbudet kan tilpasses ulike alders- og målgrupper. Frisklivssentralen skal gjennom samhandling med andre aktører sørge for forebyggende tjenester av god kvalitet.

Veilederen beskriver kvalitetskrav og anbefalinger for etablering, organisering og tilbud ved kommunale frisklivssentraler. Den er relevant for kommuner som vil etablere frisklivssentral eller videreutvikle eksisterende tilbud. Veilederen er primært skrevet for beslutningstakere i kommunene, ledere og ansatte i frisklivssentraler. Den vil være aktuell for alle deler av helsetjenesten, fylkesmannen, fylkeskommunen og samarbeidspartnere i frivillig, privat og offentlig sektor.

Veilederen ble første gang utgitt i 2011 og revidert i 2013. Henvendelser fra kommuner og fylker har synliggjort behov for mer og tydeligere informasjon på noen områder. Med bakgrunn i dette, og samfunnsutviklingen forøvrig, er veilederen oppdatert i 2016. Oppdateringen omfatter:

- Ny kapittelinnledning
- Oppdatering av tekst og referanser i henhold til nye styringsdokumenter, nasjonale anbefalinger og forskning
- Tydeliggjøring av formålet, basistilbudet og utviklingsområder
- Tydeliggjøring av frisklivssentralens rolle i helhetlige, koordinerte helsetjenester og i folkehelsearbeidet
- Tydeliggjøring av sammenhengen og samarbeidet med andre tilbud, tjenester og sektorer
- Nye krav til kvalitetssikring og elektronisk journalføring
- Anbefalinger for tilrettelegging av tilbudet til noen målgrupper

Veilederen er utarbeidet av Helsedirektoratet med innspill fra den tidligere arbeidsgruppen (2013), de regionale utviklingsentralene, et bredt utvalg av representanter for brukere, samarbeidspartnere og andre interessenter i frivillig, privat og offentlig sektor. Alle innspill er gjennomgått, vurdert og så langt som mulig innarbeidet.

Veilederen vil bli oppdatert ved behov.

Veilederen og mer informasjon om frisklivssentraler finnes på [Helsedirektoratets nettsider](#).

Se også idebank.frisklivssentralen.no. Idébank for frisklivssentraler driftes av utviklingsentralene og er et praktisk verktøy for deling av erfaringer på tvers av kommuner.

2 FRISKLIVSSENTRALEN – EN KOMMUNAL HELSETJENESTE

Frisklivssentralen er en del av det samlede kommunale helsetilbudet. I dette kapittelet beskrives frisklivssentralens formål, målgruppe, roller og oppgaver.

2.1 Formålet med frisklivssentralen

Formålet med arbeidet i frisklivssentralen er å fremme fysisk og psykisk helse og forebygge eller begrense utvikling av sykdom. Frisklivssentralen skal:

- Gi støtte til å endre levevaner og mestre helseutfordringer
- Gi veiledning som retter oppmerksomheten mot friskressurser for helse og livskvalitet
- Understøtte brukerens egen læringsprosess
- Gi tilbud så tidlig som mulig ved økt risiko for sykdom
- Gi hjelp til å finne frem til lokale tilbud og aktiviteter som passer for den enkelte bruker
- Styrke innbyggernes kunnskap om levevaner og helse
- Være en samarbeidspartner i kommunens folkehelsearbeid

Frisklivssentralen skal gi strukturert, tilpasset og tidsavgrenset oppfølging basert på individuell veiledning og gruppebaserte tilbud. Frisklivssentralen skal primært gi støtte til fysisk aktivitet, kosthold, snus- og røykeslutt. Frisklivssentralen kan også gi veiledning og tilbud knyttet til psykiske belastninger, søvnvaner og risikofylt alkoholbruk.

Frisklivssentralen skal bidra til helhetlige, koordinerte helsetjenester og til utjevning av sosiale ulikheter i levevaner og helse. Den skal ha oversikt over og kjennskap til relevante offentlige, frivillige og private tilbud og tjenester i kommunen og i spesialisthelsetjenesten. Frisklivssentralen skal samarbeide med disse og lede brukere videre når det er aktuelt.

Frisklivssentralen skal legge vekt på en helhetlig tilnærming og å styrke fysiske, mentale og sosiale ressurser for helse, endring og mestring. Brukermedvirkning skal være sentralt i planlegging, utforming og gjennomføring av tilbud.

2.2 Målgruppe

Målgruppen for frisklivssentralen er personer i alle aldre som har økt risiko for, eller allerede har utviklet sykdom og som har behov for hjelp til å endre levevaner og mestre helseutfordringer. Tilbudet er for alle i målgruppen som bor og oppholder seg i kommunen, og spesielt for de som ikke finner andre egnede tilbud eller som trenger hjelp til å finne ut hva som passer for dem.

2.3 Frisklivssentralens rolle i helhetlige, koordinerte helsetjenester

Kommunene skal tilby helsefremmende og forebyggende helsetjenester til befolkningen. Tilbudene i helseforetak, kommuner og NAV (arbeids- og velferdsforvaltningen) skal til sammen utfylle hverandre slik at brukeren opplever helhetlige, sammenhengende og koordinerte tjenester.

Frisklivssentralens tilbud kan både benyttes som tidlig innsats for å forebygge eller begrense utvikling av sykdom, og være tilbud til personer i et behandlings, rehabiliterings eller habiliteringsforløp.

Det er aktuelt for personer med langvarig sykmelding eller kronisk sykdom. Det gjelder for eksempel hjelp til røykeslutt før kirurgi, støtte til opprettholdelse av god ernæringsstatus og fysisk aktivitet under og etter behandling. Det skal legges til rette for gjensidig kompetanseutveksling innad i kommunen og med spesialisthelsetjenesten.

Deltakelse i frisklivssentralens tilbud kan gi kunnskap og ferdigheter som bidrar til å mestre det å leve med sykdom og helseplager. Frisklivssentralens tilbud er en del av de kommunale lærings og mestringstilbudene og rehabiliteringstjenesten (2). Det bør legges til rette for samhandling mellom frisklivssentralene og koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommunen (3).

2.4 Frisklivssentralens rolle i kommunens folkehelsearbeid

Kommunene er gjennom [Lov om folkehelsearbeid](#) (4) pålagt å ha oversikt over helsetilstanden i befolkningen og faktorer som kan virke inn på denne. De skal iverksette tiltak for å bedre folkehelsen og utjevne sosiale ulikheter i helse. Kommunen skal også gi informasjon, råd og veiledning om hva den enkelte selv og befolkningen kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom.

Helse- og omsorgstjenesten har, på lik linje med andre sektorer, ansvar for å bidra i det tverrsektorielle folkehelsearbeidet. Frisklivssentralen skal være en samarbeidspartner i det lokale folkehelsearbeidet, blant annet gjennom veiledning og informasjon til befolkningen, og ved å bidra i oversiktsarbeidet som en del av grunnlaget for kommunale planprosesser (5) etter [plan og bygningsloven](#) (6).

Folkehelsekoordinator i kommunen er en viktig samarbeidspartner (7). Frisklivssentralen skal samarbeide med andre offentlige, private og frivillige aktører.

Dokumentasjon fra frisklivssentralens arbeid kan avdekke behov for tiltak både i og utenfor helse-tjenesten. Frisklivssentralen kan initiere etablering og ta del i gjennomføring av nye tiltak i samarbeid med andre aktører. Frisklivssentralen kan også bidra til kompetanseheving i andre tjenester når det gjelder helsefremmende og forebyggende arbeid og endring av levevaner. Det kan for eksempel være kurs for ansatte eller rådgiving angående tilrettelegging for sunne levevaner for brukere.

Se også Helsedirektoratets [Veivisere til lokalt folkehelsearbeid](#) (8), Folkehelseinstituttets [Folkehelseprofiler](#) (9) og [Kommunehelsa statistikkbank](#) (10), som kommunene kan benytte for oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer.

3 TILBUDET VED FRISKLIVSSENTRALEN

Frisklivssentralene skal gi kunnskapsbasert støtte til endring av levevaner og mestring av helseutfordringer. Kommunen er pålagt å gi slik helsehjelp ut fra innbyggernes behov (1;4). I dette kapittelet beskrives frisklivssentralens tilbud og arbeidsmetoder.

Frisklivssentralens tilbud har en tilnærming som tar utgangspunkt i kunnskap om hva som fremmer helse. Det innebærer å styrke enkeltmennesker og å påvirke omgivelsene den enkelte må forholde seg til. Det handler også om å legge til rette for deltakelse i prosesser som utvikler ferdigheter, kunnskap og ressurser som setter personer i stand til å mestre egen livssituasjon, og til å ta valg som fremmer helsen (12;13).

3.1 Strukturert og tilpasset tilbud

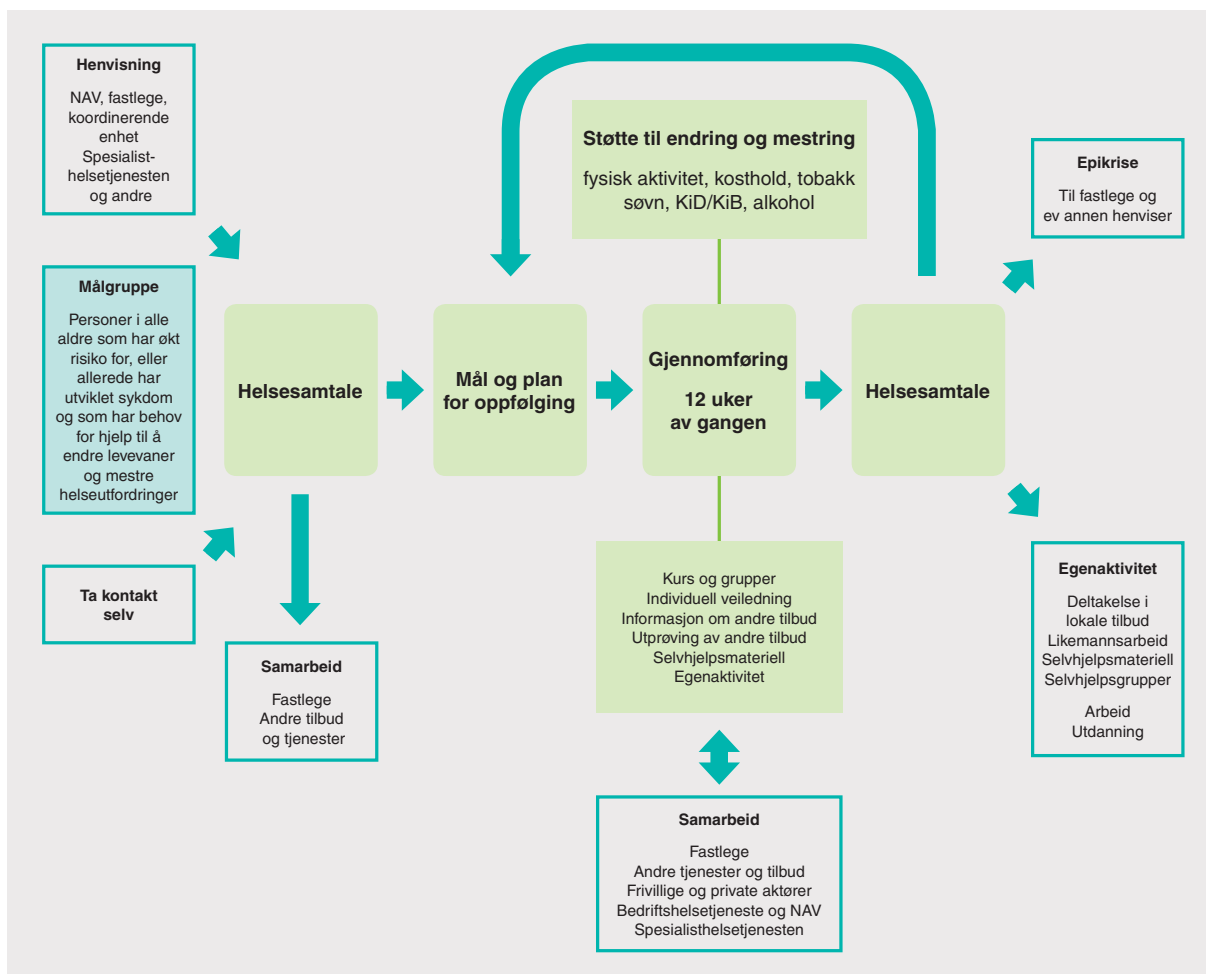
Frisklivssentralens brukere får strukturert og tilpasset oppfølging med individuell og grupperettet veiledning, informasjon og aktiviteter. Tilbudet gis for 12 uker av gangen og omfatter primært støtte til fysisk aktivitet, kosthold og tobakk. Frisklivssentralen kan i tillegg til dette basistilbudet gi veiledning og tilbud ved psykiske belastninger, søvnvansker og risikofylt alkoholbruk.

Tilbudet starter og avsluttes med en helsesamtale. Ved behov kan det gjennomføres flere helsesamtaler i oppfølgingsperioden. Plan for oppfølging lages av bruker og veileder i fellesskap og tar utgangspunkt i brukerens mål og funksjonsnivå. Å sette konkrete mål er viktig for å oppnå endring. Brukeren eier endringsprosessen. Veileder er en samarbeidspartner og støtte underveis (14). Videre mål og plan vurderes etter 12 uker, og ved behov gis det tilbud om ytterligere oppfølging. Underveis skal brukeren få informasjon om, og gjerne mulighet til å prøve ut, aktuelle lokale tilbud. Målet er at brukeren blir i stand til å opprettholde endringer, og fortsette med egen aktivitet etter at oppfølgingen ved frisklivssentralen er avsluttet.

Tilbudet er for personer som har økt risiko for, er i ferd med å utvikle, eller allerede har utviklet sykdom. Det er for eksempel egnet ved sammensatte og langvarige helseutfordringer, ved risiko for frafall fra skole eller arbeidsliv og som en del av et behandlings- og rehabiliteringsforløp. Tilbudet kan tilpasses ulike alders- og målgrupper og skal være utformet slik at brukeren kan delta uavhengig av helseutfordringer og diagnoser. Frisklivssentralen skal ikke gi individuell diagnosespesifikk medisinsk behandling, men ved behov henvise brukeren videre.

Kunnskapsformidling bør integreres i individuell veiledning og gruppeaktiviteter. I tillegg anbefales det å ha temabaserte samlinger med mulighet for samtaler om endring, motivasjon, levevaner og mestring av helseutfordringer. Innholdet bør veksle mellom formidling av faktakunnskap, dialog, erfaringsutveksling og praktiske oppgaver. Frisklivssentralen bør gjennom samarbeid med spesialisthelsetjenesten ha tilgang på veiledning (72).

Frisklivssentralen bør formidle og følge opp bruk av gratis informasjons- og selvhjelpsmateriell som dagbøker, apper eller internettbaserte programmer.



Figur 1: Det strukturerte oppfølgingstilbudet ved frisklivssentralen. Ved behov kan det gjennomføres flere helsesamtaler i løpet av oppfølgingsperioden.

3.2 Første kontakt med frisklivssentralen

Fastlege, annet helsepersonell i primær- og spesialisthelsetjenesten, NAV og bedriftshelsetjenesten kan henvise til frisklivssentralen. [Henvisningsblankett \(frisklivsresept\) finnes på helsedirektoratet.no](#). Det er også mulig for enkeltpersoner å ta direkte kontakt med frisklivssentralen. Det gjøres da en vurdering av hvilke tilbud som er aktuelle, og om vedkommende trenger oppfølging fra frisklivssentralen eller kan delta i andre tilbud. Ved tvil om helsetilstanden må dette avklares med fastlege eller annen medisinsk ansvarlig.

Det anbefales at den som henviser sender skriftlig melding til frisklivssentralen. Det gir mulighet for å følge opp henvisningen dersom personen ikke selv tar kontakt. Når brukeren oppsøker frisklivssentralen på egenhånd eller andre enn fastlege henviser, anbefales det å sende melding til fastlegen om at vedkommende deltar i tilbud ved frisklivssentralen (Se også kapittel 5.9.6). Når det gjelder barn og unge er fastlege, helsestasjons- og skolehelsetjenesten viktige henvisere og samarbeidspartnere. Ansvar for medisinsk oppfølging ligger hos fastlegen for alle aldersgrupper.

3.3 Helsesamtalen

Helsesamtalen er en strukturert, individuell samtale om levevaner og helse som bygger på prinsipper fra [motiverende intervju \(MI\)](#). Hensikten er å hjelpe brukeren til å beskrive egne grunner til å endre atferd, sette realistiske mål og reflektere over egen situasjon og erfaringer underveis i endringsprosessen.

I møte med brukere som skal endre levevaner er det viktig å kartlegge den enkeltes situasjon. Oppmerksomheten bør rettes mot brukerens ressurser og hva som fremmer god helse og mestring (13).

I helsesamtalen ved oppstart lager bruker og veileder i samarbeid mål og plan for oppfølging for 12 uker av gangen. Ved oppstart, underveis og etter 12 uker er motivasjon, barrierer og muligheter for endring og mestring, grad av måloppnåelse, behov og plan for oppfølging og opprettholdelse av nye vaner viktige temaer.

Helsedirektoratet har utviklet egne skjemaer for kartlegging og dokumentasjon (17). Disse er tilgjengelig på helsedirektoratet.no.

3.4 Barrierer og muligheter for endring av levevaner

Det er krevende å endre vaner. Ansatte ved frisklivssentralene må ha kunnskap om, og ferdigheter i, bruk av effektive metoder for atferdsendring. De trenger forståelse for hvordan ulike forhold påvirker helsen, hvordan levevaner etableres og for hva som skaper barrierer og muligheter for endring og mestring hos den enkelte. En viktig oppgave for veileder er å bidra til bevisstgjøring og refleksjon hos brukeren over egen situasjon og endringsprosess.

Både individuelle faktorer og omgivelsene påvirker den enkeltes muligheter og barrierer for endring og mestring. Blant annet vil kulturelle og sosiale rammebetingelser som familiebakgrunn, bosted, utdanning, leve- og arbeidsvilkår ha betydning. Psykologiske faktorer som tanker, følelser og evne til selvkontroll ser ut til å spille en betydelig rolle¹. Smarter, nedsatt funksjon, søvnproblemer, bruk av rusmidler, manglende sosialt nettverk, emosjonelt stress og belastende livserfaringer (19) kan også skape barrierer for endring (19-21).

Frisklivssentralen skal kartlegge den enkeltes barrierer og muligheter og gi individuelt tilpasset oppfølging. Personer som strever psykisk kan ha behov for ekstra oppfølging av helsepersonell. Fastlegen skal kontaktes dersom brukeren har behov for annen helsehjelp enn det frisklivssentralen tilbyr.

Motivasjon, opplevelse av mestring og sosial støtte ser ut til å ha særlig stor betydning for å lykkes med atferdsendring (23;24). Positive opplevelser knyttet til fysisk aktivitet og belønning i form av for eksempel bedre funksjon og kondisjon, påvirker motivasjon og endring i positiv retning (20).

Det er viktig å være oppmerksom på at avhengighetsatferd, som for eksempel røyking og overspising, i noen sammenhenger kan være logiske mestringsstrategier for å håndtere underliggende psykisk smerte. Atferden kan altså ha en logisk funksjon for den det gjelder. Det får betydning for hvordan vi bør forholde oss til menneskers vaner og synliggjør hvorfor endring kan være problematisk for mange (21;22).

3.5 Å snakke om endring

Kompetanse i å snakke om endring er grunnleggende i arbeidet ved frisklivssentralen. Samtaler om endring krever en tilstedeværende, åpen og lyttende holdning fra veileder. Å bli tatt på alvor og akseptert for de vanene man har, og i tillegg oppleve å få sosial støtte, er avgjørende for en god dialog og endringsprosess.

1 Flere teorier er også opptatt av hvordan den enkeltes holdninger, intensjoner, personlige normer, mestringsforventninger og opplevelse av kontroll virker inn på og styrer helserelatert atferd. Disse determinantene er sentrale i såkalte helseatferdsmodeller, som for eksempel Teorien om planlagt atferd (Theory of Planned behavior). For utdyping, se for eksempel «Helsepsykologi» av Espnes og Smedslund, «Social Psychology and Health» av Stroebe (18) og Føllings artikkel i «BMC family practice» fra 2015 (19).

3.5.1 Motiverende intervju og andre metodiske tilnærminger

Motiverende intervju (MI) er en målrettet, empatisk og personsentrert samtalemetode. Metoden kan benyttes i samtaler om endring, individuelt og i grupper, uavhengig av tema. Målet er å øke brukerens bevissthet om egen situasjon og motivasjon for å endre atferd. Veileder styrer samtalen ved å stille spørsmål som utforsker og styrker personens ønske om endring. Empati og respekt for personens selvbestemmelse og egne valg er sentrale verdier. Endring skal skje på brukerens vilkår. Metoden har vist seg å ha god effekt i arbeidet med å endre levevaner, og som mer effektiv enn tradisjonell rådgivning (25-27). Mer informasjon om MI finnes på helsedirektoratet.no.

Det finnes også andre kunnskapsbaserte metodiske tilnærminger til det å snakke om endring. For eksempel kan bruk av elementer og teknikker fra kognitiv atferdsterapi, som retter seg mot problemløsning og innsikt i sammenhengen mellom tenkning, handlinger og følelser, være effektivt. Tilnærmingen kan med fordel brukes i kombinasjon med MI². Se også kapittel 7, helsedirektoratet.no og kognitiv.no.

3.6 Basistilbudet ved frisklivssentralen

Alle frisklivssentraler skal ha et strukturert, individuelt tilpasset og tidsavgrenset tilbud om støtte til fysisk aktivitet, kosthold, snus- og røykeslutt. Det er dette som utgjør basistilbudet ved frisklivssentralen. Tilbudet skal være utformet slik at brukerne kan delta uavhengig av helseutfordringer og diagnoser. Det anbefales å ha kurs og grupper både på dag- og kveldstid.

3.6.1 Fysisk aktivitet

Bevisstgjøring av aktivitetsvaner og støtte til fysisk aktivitet skjer gjennom individuelle helsesamtaler, temabaserte samlinger, ulike gruppetilbud og testing av fysisk form. Tilbudet skal være faglig forsvarlig, trygt og variert. Det anbefales at frisklivssentralen har gruppetrening i egen regi. Gruppetilbud kan i tillegg gjennomføres i samarbeid med, eller av andre lokale aktører.

Fysisk aktivitet ved frisklivssentralen kjennetegnes av at personer med ulike helseutfordringer, diagnoser, alder, fysisk form og kjønn deltar i samme gruppe. Aktiviteten skal tilrettelegges slik at alle, uavhengig av forutsetninger, får utbytte av treningen og opplever mestring. Grupper gir muligheter for sosial støtte og et utvidet nettverk. Instruktøren skal legge til rette for at miljøet i gruppen oppleves inkluderende. Vedrørende tilpasning av tilbudet til ulike alders- og målgrupper, se kapittel 3.8.

Trening og veiledning skal følge de nasjonale anbefalingene for fysisk aktivitet (29). Det innebærer å bevisstgjøre betydningen av å begrense stillesitting og å øke hverdagsaktiviteten. [Aktivitetshåndboken](#) (30) og nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av ulike diagnoser og tilstander (31-37), er gode verktøy for å kunne veilede brukerne. Reviderte og nye kapitler i Aktivitetshåndboken foreligger på svensk på fyss.se under FYSS 2015. Tilbud som frisklivssentralen samarbeider med og henviser til, skal være kunnskapsbasert og følge nasjonale anbefalinger.

Det anbefales å benytte aktiviteter som foregår ute og krever lite utstyr, for eksempel lekinspirert kondisjon-, intervall- og styrketrening med kroppen som belastning. Brukerne skal gjøres kjent med turmuligheter og aktuelle trenings- og aktivitetstilbud. Målet er at brukerne skal bli i stand til å fortsette med regelmessig fysisk aktivitet gjennom egen aktivitet, friluftsliv eller som deltakere i lokale tilbud.

² For de som ønsker å lære mer om bruk av MI i kombinasjon med kognitiv tilnærming, kan boken «Motiverende intervju. Samtaler om endring» fra 2013 av Barth, Børtveit og Prescott, anbefales (28).

Tidligere brukere kan være en viktig ressurs og motivasjon for nye brukere. Bruk av støttekontakt eller treningskontakt kan være aktuelt.

- [Aktivitetsdagbok - for deg som vil bli i bedre form \(38\)](#)
- [Aktivitetshåndboken – fysisk aktivitet i forebygging og behandling \(30\)](#)
- [Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet \(39\)](#)
- [Anbefalinger for økt fysisk aktivitet \(40\)](#)
- [Anbefalinger om å redusere stillesitting \(41\)](#)
- [Statistikk om fysisk aktivitet og stillesitting \(42\)](#)
- [Strategier og tiltak for økt fysisk aktivitet \(43\)](#)
- [Helsedirektoratet.no/Dine 30](https://helsedirektoratet.no/Dine)
- [Idébank for frisklivssentraler](#)

3.6.2 Test av fysisk form

For at brukeren skal bli bevisst egne aktivitetsvaner og motivasjon, kan fysiske tester være nyttig. Frisklivssentralen kan gi tilbud om å teste fysisk form ved oppstart, etter 12 ukers oppfølging og på andre tidspunkt ved behov. Den som har henvist brukeren bør få informasjon om testresultatene.

Eksempler på aktuelle tester:

- [6 minutters gangtest \(pdf\)](#)
- [Submaksimal tredemølletest \(pdf\)](#)

Borgs RPEskala (Ratings of Perceived Exertion) brukes for å vurdere opplevd anstrengelse. Mer informasjon om Borgs skala finnes i Aktivitetsdagboken og i Aktivitetshåndboken (30). Mer informasjon om test av fysisk form og aktuelle tester finnes på helsedirektoratet.no.

Regelmessig egevaluering av gjennomført trening og aktivitet er et viktig redskap for å opprettholde motivasjon. Her kan Aktivitetsdagboken, ulike apper og aktivitetsmålere være til hjelp.

3.6.3 Kosthold

Oppfølging av brukere med behov for kostholdsendringer foregår gjennom individuelle helsesamtaler, temabaserte samlinger og kurset *Bra mat for bedre helse* (44). Gruppetilbud kan gjennomføres i samarbeid med, eller av andre aktører. Tilbudet skal støtte brukerne i å gjøre varige kostholds- endringer som kan gi bedre helse, forebygge sykdom eller bidra til at de mestrer hverdagen med etablert sykdom bedre (45).

Frisklivssentraler bør informere om og oppfordre brukere med behov for annen eller videre oppfølging, til å benytte seg av andre tilgjengelige tilbud. Tilbudet ved frisklivssentralen og tilbud som frisklivssentralen samarbeider med og henviser til, skal være basert på de nasjonale kostrådene og relevante nasjonale faglige retningslinjer. Kosthåndboken er et hjelpemiddel for å sikre god kvalitet.

Matvarefrekvensskjema, Matdagbok og annen kostregistrering kan være nyttige verktøy for bevisstgjøring og måling av effekt.

Helsedirektoratets kurs *Bra mat for bedre helse*, er et inspirasjonskurs for endring av matvaner og matvarevalg, basert på de nasjonale kostrådene. Kurset kan være en god start for å få til varig endring av kostholdet. Det er både teoretisk og praktisk og vektlegger kostholdsending over tid.

Evaluering viser at kurset gjør det enklere å planlegge sunne måltider og at det bidrar til å endre matvaner (46).

Personer med etablert sykdom og/eller et sammensatt sykdomsbilde kan ha behov for kostveiledning knyttet til medisinsk behandling. Frisklivssentralen bør samarbeide med klinisk ernæringsfysiolog og ved behov vise brukere videre.

- [Anbefalinger for kosthold, ernæring og fysisk aktivitet \(39\)](#)
- [Utvikling i norsk kosthold 2015 \(49\)](#)
- [Kosthåndboken – Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten \(47\)](#)
- [Helsedirektoratets kostråd \(50\)](#)
- [Kostholdsplanleggeren.no \(51\)](#)
- [Matvaretabellen.no \(52\)](#)
- [Matportalen.no \(53\)](#)
- [KMI og midjemål \(54\)](#)
- [Idébank for frisklivssentraler](#)
- [Kursmaterieell til *Bra mat for bedre helse*](#)
- [Matdagbok – for deg som vil bli mer bevisst på kostholdet](#)

3.6.4 Tobakk

Støtte til snus- og røykeslutt i frisklivssentraler foregår gjennom individuelle helsesamtaler og snus- og røykesluttkurs. Tobakk og helse, snus og røykeslutt kan tas opp i temabaserte samlinger. Hovedprinsippene i tobakksavvenning er veiledning og medikamentell behandling (55-57). Medikamentell behandling omfatter både reseptfrie og reseptbelagte nikotinlegemidler.

Helsedirektoratet har utarbeidet en samtaleguide *Snakk om snus- og røykeslutt* (58), som gir anbefalinger for hvordan individuell veiledning kan foregå. Tilsvarende kan kursmalen *Tobakksfri* (59) benyttes ved snus- og røykesluttkurs.

Frisklivssentraler som ikke har slutteveilederkompetanse eller ikke har kapasitet til å ha egne snus- og røykesluttgrupper, bør informere om og oppfordre til å benytte tilgjengelige sluttetilbud (60). Se [slutta.no](#) for en oversikt. Frisklivssentralen kan henvise til oppfølgingstjenesten Slutta 800 400 85 (tidligere røyketelefonen) som et alternativ eller tillegg til annen oppfølging. [Henvisningskort](#) kan bestilles på [helsedirektoratet.no](#). Ansatte ved frisklivssentralene kan kontakte Slutta 800 400 85 for å få veiledning og diskutere hvordan de kan bistå brukerne i en slutteprosess.

I arbeidet med tobakk er det viktig å samarbeide med tannhelsetjenesten, fastlegene, helse- og skolehelsetjenesten.

- [Slutta 800 400 85 og Chat](#)
- [Snakk om snus- og røykeslutt \(58\)](#) - Samtaleguide
- [Tobakksfri \(59\)](#) - Mal for snus- og røykesluttkurs
- [Slutta.no](#) - Aktuell informasjon og tilbud for de som skal slutte med tobakk
- [helsedirektoratet.no](#) - Publikasjoner om tobakk
- [Idébank for frisklivssentraler](#)

3.7 Tilbud ved frisklivssentralen utover basistilbudet

Dersom frisklivssentralen har ressurser ut over basistilbudet (fysisk aktivitet, tobakk og kosthold), anbefales det å ha tilbud til personer med lettere psykiske plager, søvnvansker og/eller risikofylt alkoholbruk. For personer med slike helseplager, kan det være ekstra utfordrende å endre levevaner. Det er behov for diagnoseuavhengige og lett tilgjengelige tilbud på alle disse områdene (73;91).

3.7.1 Psykiske plager

Å delta i frisklivssentralens tilbud kan fremme psykisk helse og livskvalitet gjennom positive levevaner, opplevelse av mestring og økt evne til å takle belastninger. Det vil også kunne styrke sosiale nettverk (16).

3.7.1.1. Kurs i mestring av depresjon og belastninger

Det anbefales å tilby hjelp til brukere som har lettere psykiske plager og belastninger i form av [Kurs i mestring av depresjon](#) (KiD) og [Kurs i mestring av belastning](#) (KiB). KiD og KiB er evaluert og prøvd ut i Norge med god effekt (61;62). Kursene anbefales av Folkehelseinstituttet som et av de viktigste forebyggende tiltakene ved mild til moderat depresjon (63). Kursene reduserer depressive symptomer hos både ungdom og voksne. Deltakerne har 38 prosent mindre sannsynlighet for å utvikle alvorlig depresjon sammenlignet med dem som ikke deltar på kurs (64;65).

3.7.1.2. Veiledet selvhjelp

Veiledet selvhjelp anbefales som et av tiltakene frisklivssentralen kan igangsette ved mild til moderat depresjon (36). Veiledet selvhjelp innebærer at brukeren tilbys oppfølgende samtaler med helsepersonell der konkrete erfaringer og utfordringer diskuteres. Samtalene kan foregå individuelt eller i grupper, og kan kombineres med selvhjelpsmateriell som brosjyrer, bøker, apper eller internettbaserte programmer.

- [Brosjyre: Enkle råd når livet er vanskelig \(66\)](#)
- [helsedirektoratet.no/psykisk helse og rus](http://helsedirektoratet.no/psykisk-helse-og-rus)
- [Idébank for frisklivssentraler](#)

3.7.2 Søvn og søvnvansker

Søvnvansker er et utbredt og undervurdert folkehelseproblem³. Det anbefales at søvn tas opp som tema i helsesamtalen, og at de som har lettere søvnproblemer får veiledning i gode søvnvaner. Frisklivssentralen kan tilby søvnkurs i egen regi eller i samarbeid med andre. Helsedirektoratet har utviklet en mal for søvnkurset *Sov godt* til bruk i frisklivssentraler. Søvn kan være tema på fagdager, temabaserte samlinger og i undervisning ved frisklivssentralen.

- [Søvn og søvnvansker – Helsedirektoratet.no \(67\)](#)
- [Kursmaterieell for søvnkurset *Sov godt*](#)
- [Idébank for frisklivssentraler](#)

3 Major EF. Bedre føre var-: psykisk helse: helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2011. Rapport 2011:1. Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no/dokumenter/1b2e13863a.pdf>

3.7.3 Risikofylt alkoholbruk

Det anbefales å snakke om alkohol og alkoholvaner, og eventuelt gi enkel veiledning knyttet til risikofylt alkoholbruk i helsesamtalen. Dersom det er behov for videre oppfølging og behandling, skal brukeren henvises til fastlege eller rusrådgiver i kommunen. Alkohol kan være tema på fagdager og temasamlinger ved frisklivssentralen. Dersom frisklivssentralen har kapasitet og kompetanse, kan lavterskel rusrådgiving inngå i frisklivssentralens tilbud, gjerne i samarbeid med andre tjenester.

De regionale kompetansesentrene for rus (KoRus) kan kontaktes for råd og veiledning. KoRus skal bidra til at det rusmiddelforebyggende arbeidet i kommunene baseres på systematisk kunnskap om rusmiddelsituasjonen og årsakssammenhenger. De skal også hjelpe kommunene med å iverksette kunnskapsbaserte strategier og tiltak. Se også kapittel 3.5.1 og 5.3.2.

- [Helsedirektoratet.no/psykisk helse og rus](https://helsedirektoratet.no/psykisk-helse-og-rus)
- www.snakkomrus.no
- [Idébank for frisklivssentraler](http://idebank.forfrisklivssentraler.no)

3.8 Tilrettelegging av tilbudet for ulike alders- og målgrupper

Tilbudene ved frisklivssentralen skal tilrettelegges og gjennomføres slik at alle i målgruppen kan delta, uavhengig av helseutfordringer. Ved behov kan frisklivssentralen, i egen regi eller i samarbeid med andre, opprette tilbud spesielt tilpasset enkelte gruppers behov. Nedenfor beskrives tilpasning av tilbudet til noen alders- og målgrupper. Det vises til aktuelle retningslinjer og strategier og hva som kan være nyttig å vurdere ved tilrettelegging av tilbud. For mer informasjon, se: helsedirektoratet.no og idebank.frisklivssentralen.no.

3.8.1 Barn og unge

Kommunen har en viktig rolle når det gjelder å legge til rette for et helhetlig og samlet helsetilbud til barn, unge og deres foresatte (1;69). Å fange opp risikopersoner og problemer tidlig, samt sette inn nødvendige forebyggende tiltak, er sentralt. Det må legges stor vekt på [forebyggingsstrategier](#) for barn og unge.

Overvekt og fedme er blant de tilstander som er krevende å behandle. [Nasjonale retningslinjer for veiing og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten](#) (68) peker på at det er behov for oppfølgings-tilbud til barn og unge med vektproblemer, eller som har risiko for å utvikle dette. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal forebygge sykdom og fremme god fysisk og psykisk helse hos barn og unge 0-20 år. Ny nasjonal faglig retningslinje for helsestasjons- og skolehelsetjenesten forventes ferdig i 2016.

Frisklivssentralen kan være en viktig samarbeidspartner for barn, unge og familier som har behov for hjelp til å endre levevaner og mestre helseutfordringer. Foresatte- og familieperspektivet må vektlegges i utforming av tilbudene. Tall fra Statistisk sentralbyrå (2013) viser at rundt halvparten av frisklivssentralene har tilbud til barn og unge og deres foresatte (70).

Lurt å tenke på:

- Hvem bør vi samarbeid med?
- Har vi behov for veiledning?
- Hva har andre kommuner gjort?
- Hvordan kan vi tilpasse tilbudet til barn, unge og deres foresatte?
- Er det behov for å utvikle egne tilbud?

- Hvordan gjør vi aktuelle samarbeidspartnere kjent med frisklivssentralens tilbud?
- Hvordan gjør vi barn, unge og deres foresatte kjent med frisklivssentralens tilbud?
- Egnet materiell og verktøy
- Egnet materiell og verktøy. Finnes det noe aktuelt i Idébank for frisklivssentraler?

3.8.2 Eldre

Kommunenes forebyggende arbeid blant eldre skal styrkes (69;71-75). Eldre kan ha behov for og kan benytte frisklivssentralens tilbud på samme måte som andre brukere. Frisklivssentralen bør informere om sine tilbud på en slik måte at det når denne målgruppen.

Mange eldre opplever at det sosiale nettverket reduseres. Deltakelse i kurs og gruppetilbud gir mulighet for sosial støtte og styrket sosialt nettverk. Frisklivssentralen bør stimulere til og samarbeide med andre aktører om et mangfold av lett tilgjengelige tilbud til eldre.

Mange eldre er for lite fysisk aktive (79) og har behov for støtte til økt fysisk aktivitet. Fall er den hyppigste ulykkestype hos eldre, og trening er viktig i fallforebyggende arbeid (80). Frisklivssentralen bør bidra til dette gjennom å inkludere styrke- og balansetrening i sine treningsgrupper. Frisklivssentralen bør informere om aktuelle tilbud og veilede eldre til aktivitet i regi av lokale aktører. Ved behov og kapasitet kan frisklivssentralen ha egne tilbud til eldre.

Frisklivssentralen kan fremme helse og livskvalitet for eldre gjennom befolkningsrettede tiltak, slik som informasjon i lokalmedia, kampanjer og lokale arrangementer. Fastlege, rehabiliteringsinstitusjoner, hverdagsrehabiliteringsteam, seniorsentre, helse- og omsorgstjenesten, koordinerende enhet og ulike frivillige organisasjoner er viktige samarbeidspartnere.

Risikofaktorer for demens ser i hovedsak ut til å være de samme som risikofaktorene for hjerte- og karsykdommer. Tiltak som rettes mot forebygging av hjerte- og karsykdommer kan trolig også redusere antall tilfeller av demens (76-78).

Lurt å tenke på:

- Hvem bør vi samarbeid med?
- Har vi behov for veiledning?
- Hva har andre kommuner gjort?
- Hvordan kan vi tilpasse tilbud slik at eldre kan delta?
- Er det behov for å utvikle egne tilbud?
- Hvordan gjør vi aktuelle samarbeidspartnere kjent med frisklivssentralens tilbud?
- Hvordan gjør vi eldre kjent med frisklivssentralens tilbud?
- Egnet materiell og verktøy. Finnes det noe aktuelt i Idébank for frisklivssentraler?

3.8.3 Innvandrere

En del innvandrergupper har stor risiko for og forekomst av ikke-smittsomme sykdommer, og dermed behov for kunnskap og støtte til endring av levevaner (81). Evalueringer har vist at det kan være vanskelig for helsetjenesten å nå frem med informasjon om tilbud til noen grupper innvandrere (82).

Frisklivssentralens tilbud skal være tilpasset brukere med annen kulturell og språklig bakgrunn enn norsk. Frisklivssentraler erfarer at tilbudet passer godt for brukere med innvandrerbakgrunn, og at det er en viktig sosial arena og et godt intergreringstiltak.

Begrensede norskkunnskaper, en annen forståelse av helse og sykdom samt manglende kunnskap om helsevesenet i Norge, kan føre til et underforbruk av helsetjenester (81). For å ivareta den lovfestede retten til helsehjelp (60), er det nødvendig med tiltak som gjør innvandrerbefolkningen kjent med frisklivssentralens tilbud. Det kan være hensiktsmessig med oppsøkende virksomhet for eksempel

på innvandrernes samlingssteder. Frisklivssentralen bør ha kontakt og dialog med ressurs- og nøkkelpersoner i innvandremiljøene. Samarbeid med innvandrere- og brukerorganisasjoner er viktig for å informere om tilbud, kartlegge behov og utvikle tilpassede tilbud. Det kan også gi kunnskap om aktuelle kanaler for informasjon.

For å inkludere flest mulig bør behovet for egne tilbud vurderes, for eksempel grupper kun for kvinner. Disse kan drives av frisklivssentralen selv og i samarbeid med, eller av andre aktører. Samarbeid med andre aktører om kompetanseutvikling og befolkningsrettede tiltak kan være aktuelt. Se også kapittel 5.6.2.

Tolk skal benyttes ved behov. Det kan være nødvendig for å gi forsvarlig helsehjelp, informasjon og veiledning til pasienter og pårørende med begrensede norskkunnskaper. Det er spesielt viktig i helsesamtalen. [Tolkeportalen.no](https://tolkeportalen.no) inneholder oversikt over tolkers formelle kompetanse. Se også Helsedirektoratets [Veiledning for bruk av tolketjenester](#) (83).

Det anbefales å vurdere om det er behov for å oversette viktig informasjon til enkelte minoritetsspråk. Skriftlig informasjon er imidlertid ikke alltid tilstrekkelig. I flere kulturer er den muntlige beskjeden den viktigste. Det anbefales om nødvendig å gi muntlige beskjeder, benytte visuell kommunikasjon og på ulike måter sjekke ut om informasjonen er forstått.

Se også [Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse \(NAKMI\)](#), [Kommunalt introduksjonsprogram](#), og idebank.frisklivssentralen.no.

Lurt å tenke på:

- Hvem bør vi samarbeid med?
- Hvordan gjør vi aktuelle samarbeidspartnere kjent med frisklivssentralens tilbud?
- Er det behov for bruk av tolk?
- Har vi behov for veiledning?
- Hva har andre kommuner gjort?
- Hvordan kan vi tilpasse tilbud slik at alle kan delta?
- Hvordan gjør vi innvandrerbefolkningen kjent med frisklivssentralens tilbud?
- Egnet materiell og verktøy. Finnes det noe aktuelt i Idébank for frisklivssentraler?

3.8.4 Gravide

Mange er motivert for å endre levevaner og ta ekstra godt vare på helsen under graviditet. Gravide har ofte spørsmål om og trenger hjelp til å etablere gode levevaner. Støtte til snus- og røykeslutt, fysisk aktivitet og gode matvaner, er særlig aktuelt.

Gravide kan delta i frisklivssentralens tilbud på samme måte som andre brukere. Deltakelse i fysisk aktivitet bør avklares med fastlege eller annen henviser. Fastlege, jordmor, helsestasjon og barselavdelinger i spesialisthelsetjenesten er viktige samarbeidspartnere med tanke på henvisning og oppfølging. Det samme gjelder bedriftshelsetjenesten og NAV ved behov for tilrettelegging av arbeid.

På Helsedirektoratets nettsider finnes mer informasjon, brosjyrer og [veiledning for samtaler om levevaner med gravide](#) (84). Se blant annet [Anbefalinger for fysisk aktivitet under svangerskap og etter fødsel](#) (40), [Aktivitetshåndboken - Graviditet](#) (85), [Gode levevaner før og i svangerskapet](#) (86) og [Idébank for frisklivssentraler](#).

Lurt å tenke på:

- Hvem bør vi samarbeid med?
- Har vi behov for veiledning?
- Hva har andre kommuner gjort?

- Hvordan kan tilbud tilpasses gravide?
- Hvordan gjør vi aktuelle samarbeidspartnere kjent med frisklivssentralens tilbud?
- Hvordan gjør vi gravide kjent med frisklivssentralens tilbud?
- Egnede materiell og verktøy. Finnes det noe aktuelt i Idébank for frisklivssentraler?

3.9 Diagnosespesifikke tilbud knyttet til levevaner

Frisklivssentralens tilbud skal være generelt og diagnoseuavhengig. Dersom det er tilstrekkelig pasientgrunnlag og ressurser til det, kan frisklivssentralen tilby gruppebasert, diagnosespesifikk informasjon og veiledning knyttet til levevaner og endring, og mestring av helseutfordringer. Det kan bidra til at brukere med langvarige helseplager og sykdom kan leve bedre med sine helseutfordringer. Frisklivssentralen kan tilby diagnosespesifikke gruppetilbud i egen regi eller i samarbeid med andre. Slike tilbud skal ikke erstatte, men være et supplement til basistilbudet og øvrige tilbud beskrevet i kapittel 3.6 – 3.8.

Eventuelle diagnosespesifikke tilbud må være tilrettelagt og ledet av kompetent personell, med kunnskap om sammenhengen mellom ulike sykdommer og fysisk aktivitet, kosthold, tobakk og alkohol og gjeldende anbefalinger for dette. Aktuelle samarbeidspartnere er blant annet spesialisthelsetjenesten, diabetessykepleier, kreftkoordinator i kommunen og pasientorganisasjoner. Frisklivssentralen skal ikke drive individuell, diagnosespesifikk medisinsk behandling.

[Veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator](#) beskriver mål og anbefalinger for kommunale lærings- og mestringstilbud. Se også kapittel 5.6.3.2 og 5.6.3.3 og www.mestring.no.

3.10 Etter avsluttet tilbud ved frisklivssentralen

Endring av levevaner er for mange en langvarig prosess. Så tidlig som mulig bør oppmerksomheten rettes mot tiden etter avsluttet tilbud ved frisklivssentralen. Se også kapittel 3.1.

Frisklivssentralen skal ha oversikt over og kjennskap til relevante tilbud, og lede videre til disse når det er aktuelt. Dette kan være tilbud i regi av frivillige lag og foreninger, brukerorganisasjoner, likemannstilbud, andre lærings- og mestringstilbud og tilbud som gis av offentlige og private aktører. Frisklivssentralen bør ha jevnlig kontakt med disse og samarbeide med [koordinerende enhet](#) (88).

Mulighet for å prøve ut ulike lokale aktiviteter underveis i oppfølgingsperioden, kan være til god hjelp for mange. Det vil være opptil brukeren, i samarbeid med frisklivssentralen, å finne frem til relevante tilbud. Noen brukere kan ha behov for flere oppfølgingsperioder fra frisklivssentralen (87).

Frisklivssentralen kan oppdage behov for, stimulere til og være en pådriver for etablering av lett tilgjengelige aktiviteter og tilbud i regi av andre tjenester og organisasjoner. Hensikten er å bidra til et mangfold av lokale tilbud som utfyller hverandre.

Brukere har erfaring som kan være verdifull for andre brukere. Gjensidig utveksling av erfaringer, hjelp og støtte kan gi økt kunnskap om egen situasjon og mestringsopplevelser. Likemann kan for eksempel gjøre avtaler med brukere og være følge til og fra kurs, grupper, trening og annen aktivitet. Ansatte ved frisklivssentralen bør ha kunnskap om selvorganisert selvhjelp (89). Mange brukere kan ha nytte av å delta i en selvhjelpsgruppe. Frisklivssentralen kan ha en støttefunksjon og bidra til etablering av likemannsgrupper.

4 HVORFOR FRISKLIVSSENTRALER

Helsetilstanden i Norges befolkning er god. Samtidig er det store sosiale ulikheter i helse. Dagens helseutfordringer krever systematisk folkehelsearbeid i alle sektorer og mer helsefremmende og forebyggende innsats i helsetjenesten (72-74;76;90).

I dette kapittelet beskrives eksempler på gevinster av å gi støtte til endring av levevaner og resultater av frisklivssentralens arbeid. Det vises til hvordan frisklivssentraler bidrar til å løse lovpålagte kommunale oppgaver, og til å nå målet om mer helhetlige koordinerte helsetjenester (69;91).

4.1 Frisklivssentralens tilbud gir resultater

Forskning på norske frisklivssentraler er et ungt forskningsfelt. Foreløpig er det gjennomført få store, kontrollerte studier. Mange av studiene er små og har varierende kvalitet, men samlet viser de gode resultater:

Individuelt tilpasset oppfølging i frisklivssentralen kan gi økt aktivitetsnivå (15;16;92-94), bedret fysisk form (15;93;95), redusert kroppsmasseindeks (KMI) (15;93) og bedring i selvopplevd helse (92;93;95-98). Den positive endringen er delvis opprettholdt etter 612 måneder (15;16;92;94;95). Deltakelse i ser ut til å gi kunnskap, ferdigheter og kompetanse til å fortsette med fysisk aktivitet etter oppfølgingsperioden (99). En studie viser at 45 prosent av de som fullførte 12-ukerstilbudet rapporterte at de hadde greidd å gjøre forbedringer i kostholdet (94).

En randomisert, kontrollert studie fant signifikant redusert livvidde, fettprosent og fettmasse etter

12 uker. Fettmassen var signifikant redusert også etter 12 måneder hos deltakerne ved frisklivssentralen sammenliknet med de som ikke fikk oppfølging (100). Deltakelse i *Bra mat for bedre helse kurs* ved frisklivssentraler ser ut til å gi økt kunnskap om kosthold, økt motivasjon til å endre kostvaner, signifikant redusert bruk av mettet fett og større kunnskap om mettet versus umettet fett (46).

Det er begrenset med datagrunnlag fra norske frisklivssentraler på endring av tobakksvaner.

Studier viser at deltakelse i frisklivssentralens tilbud gav økt motivasjon til å gjøre endringer i livsstil og fortsette med aktiviteter etter oppfølgingsperioden gjennom at de har:

- Fått økt kunnskap og bevissthet om aktuelle levevaneområder (16;94;99;101-108).
- Opplevd sosial støtte og sosialt fellesskap fra deltakere og ansatte (16;94;99;101-104;106-108).
- Fått økt kunnskap og økt bevissthet om aktuelle levevaneområder (16;99;101-106;108).
- Opplevd trygghet gjennom faglig kompetanse hos de ansatte (99;102;106-108).
- Fått faste avtaler, struktur på treningen og opplevd positiv forpliktelse (99;101;102;106;108).

4.2 Støtte til å endre levevaner gir resultater

De som får støtte til å endre levevaner, har større sjanse for å lykkes enn de som prøver på egenhånd (109-112). Kostnadene til rådgivning er forholdsvis lave sammenliknet med kostnader til annen behandling (113). Befolkningen har høy tillit til helsepersonell når det gjelder informasjon og råd om levevaner (114).

Personer med økt risiko for eller etablert sykdom som får støtte til fysisk aktivitet over 10-14 uker, øker sitt fysiske aktivitetsnivå i, og inntil tre måneder etter oppfølgingsperioden. «Trening på resept» har effekt i form av økt aktivitetsnivå, livskvalitet og økt fysisk form på kort og mellomlang sikt, og er mer effektivt enn kun muntlig rådgivning (115;116). Vi vet mindre om effekter på lang sikt (117). Strukturert oppfølging fra helsepersonell til økt fysisk aktivitet og oppfølging som inkluderer hele livsstilen, forsterker denne økningen i aktivitetsnivå (118). Oppfølging ut over ett år ser ikke ut til å gi bedre effekt på endringer i fysisk aktivitet og kosthold, enn tiltak med varighet i inntil ett år (112;119).

Å slutte å røyke gir rask redusert risiko for sykdomsutvikling (120). Den som slutter før 40 års alder har ikke økt risiko for tidlig død på grunn av røyking (121). Blant de som forsøker å slutte å røyke uten hjelp, er det kun ca. 2-3 prosent som lykkes med å bli røykfrie på et gitt forsøk. Med hjelp og støtte kan sannsynligheten for å lykkes mangedobles. Slutteeffekten øker med intensiteten på hjelpen (109). Strukturert veiledning gjennom flere møter over tid vil gi større effekt på røykeslutt enn kun minimal intervensjon⁴ (109). Med strukturert veiledning og medikamentell støtte kan opptil 40 prosent lykkes med røykeslutt på ett gitt forsøk (122). Individuell veiledning gir like gode resultater som tobakks-avvenning i grupper (123-125).

Det er dokumentasjon for at kostholdsveiledning kan forebygge helseutfordringer som har sammenheng med både overvekt, vekttao og kronisk sykdom (126-129).

4.3 Frisklivssentraler koster lite og kan hjelpe mange

4.3.1 Mål for helsegevinst og helsetap

Helsegevinst kan måles i form av kvalitetsjusterte leveår (Quality Adjusted Life Years, QALY). Et kvalitetsjustert leveår vil si et leveår med god helse. Helsetap kan måles i form av tapte leveår og leveår med nedsatt helse eller uførhet (Disability adjusted life years, DALY). Målene, QALY og DALY, er basert på vurderinger av folks helsemessige livskvalitet ved ulike helsetilstander, og benyttes ofte i forbindelse med samfunnsøkonomiske analyser av helsetiltak (130). Helsetapet i den norske befolkningen utgjør sammen med helsetjenestekostnadene og produksjonstapet de samfunnsøkonomiske kostnadene relatert til sykdom og ulykker (131).

Personer som er fysisk inaktive, røyker og er overvektige, kan forvente et tap på 15–25 leveår med god livskvalitet (QALY) (132). Personer som blir fysisk aktive, slutter å røyke og går ned i vekt kan vinne omtrent samme antall leveår med god livskvalitet. Det vil si at støtte til endring av levevaner og andre tiltak som bedrer kostholdet eller øker det fysiske aktivitetsnivået i befolkningen, vil kunne være samfunnsøkonomisk gunstig, og velferdsgevinsten potensielt stor. Det er imidlertid ikke lett å få dokumentert de langsiktige helseeffektene av tiltak som har som målsetting å endre levevaner (133). Under følger noen eksempler på effekt- og kostnadsvurderinger for ulike risikofaktorer og forebyggende tiltak.

4.3.2 Eksempler på effekt- og kostnadsvurderinger av forebyggende tiltak

En stor del av sykdomsbyrden (DALY) i Norge skyldes hjerte- og karsykdom, diabetes, kols, kreft, muskel og skjelettplager, angst og depresjon (90). Dette er sykdommer som i stor grad har sammenheng med levevanene våre, og som både direkte og indirekte medfører et betydelig helse- og velferdstap gjennom tap av leveår og livskvalitet, tap av arbeidskraft og store kostnader til behandling i helsevesenet (132). Røyking, dårlig kosthold og for lite fysisk aktivitet er de viktigste risikofaktorene.

⁴ Minimal intervensjon omfatter tre enkle spørsmål som kan gjennomføres av alt helsepersonell: 1. Røyker du? 2. Hva tenker du om det? 3. Jeg vil anbefale deg å slutte, og jeg kan hjelpe deg.

De samfunnsøkonomiske kostnadene ved røyking i Norge er anslått til å være opp mot 80 milliarder kr per år. I dette anslaget inngår en økonomisk verdsetting av ca. 150–180 000 tapte kvalitetsjusterte leveår (QALYs) (134). Totalt anslås samfunnskostnadene å være omtrent 700 mrd. norske kroner i form av velferdstap, 150 mrd. i form av produksjonstap, og 230 mrd. for behandlingskostnader. Samlede samfunnsomkostninger relatert til sykdommer knyttet til fysisk inaktivitet, overvekt og usunt kosthold anslås til 1–2 prosent av brutto nasjonalprodukt (BNP) (31).

Fysisk aktivitet og kostholdsendring kan forebygge og være en effektiv behandling, eller del av behandling og rehabilitering av en rekke sykdommer (30;47;135). Danske rapporter viser at dersom fysisk inaktive blir moderat fysisk aktive, vil det årlig kunne medføre ca. 2,5 millioner færre henvendelser til allmennpraksis (136), en betydelig reduksjon i innleggelses på sykehus (137), ca. 3 millioner færre fraværsdager (136), og mer enn 1000 færre tilfeller av førtidspensjon (137). Oppfølging av fysisk aktivitet og kosthold over tre år gir flere kvalitetsjusterte leveår (QALYs) og færre besøk hos fastlegen (138).

Kost- og mosjonsendringer kan forebygge utvikling av diabetes 2 hos risikopersoner (110;139-142), og være en like effektiv behandling som insulin hos personer med diabetes 2 (143), og det er dokumentert at støtte til endring av levevaner kan være billigere enn medikamentell behandling (144). Målrettet kostholdsveiledning til personer med høyt kolesterol og/eller glukoseintoleranse, har vist seg å være mer kostnadseffektivt enn medikamenter (138;145;146).

Dersom det gjennomsnittlige saltforbruket reduseres med ca. 3 gram per dag, er det beregnet at antall nye tilfeller av hjerte-karsykdom vil minske med ca. 10 prosent. I tillegg vil ca. 400 000 færre personer få høyt blodtrykk og det blir færre tilfeller av hjerneslag (147;148). Dette tilsvarer en årlig besparelse på 1-2 milliarder kroner (149).

Beregninger viser at en fysisk inaktiv 55-åring som øker aktivitetsnivået slik at han tilfredsstiller de nasjonale anbefalingene for daglig fysisk aktivitet, vil vinne ca. 4 QALY (150). En QALY tilsvarer 1 million kroner (2012 kroner) (151). En 100 prosent stilling i frisklivssentralen koster ca. 650 000,- og hjelper i gjennomsnitt 84 personer pr år med å endre levevaner (70). De som bruker frisklivssentralens tilbud ville sannsynligvis ikke klart å endre sine levevaner på egenhånd. Dersom hver fulltidsstilling i frisklivssentralen hjelper minst en inaktiv person til et aktivitetsnivå lik de nasjonale anbefalingene, ser den samfunnsøkonomiske gevinsten av innsatsen ut til å kunne være flere ganger stillingskostnaden. Gevinster knyttet til brukernes gunstige endringer i kosthold, tobakksbruk, kroppsvekt eller økt arbeidsdeltakelse kommer i tillegg. Det samme gjelder frisklivssentralens innsats i det lokale folkehelsearbeidet.

4.4 Frisklivssentralen kan bidra til å løse kommunale lovpålagte oppgaver

Kommunene er pålagt å gi befolkningen helsefremmende og forebyggende helsetilbud (1). Frisklivssentraler, i tråd med denne veilederen, er utviklet og utprøvd i kommunene og er en anbefalt måte å organisere slike helsetjenester på. Frisklivssentralene gir kunnskapsbasert oppfølging til de som har høy risiko for eller har utviklet sykdom og utfører oppgaver som kommunene har plikt til å løse (70).

Manglende hjelp til endring av levevaner eller lite koordinerte tilbud, kan medføre at befolkningen ikke får den helsehjelpen de har behov for. De kan dermed bli sykere og mer hjelpetrengende enn nødvendig. Med utgangspunkt i fremtidige helseutfordringer er det behov for å styrke de forebyggende helsetjenestene i kommunen (72). For lite satsing på forebygging, tidlig intervensjon og tilbud til risikogrupper, vil sannsynligvis medføre økende forbruk av og utgifter til andre helsetjenester og mer ressurskrevende behandling (138).

Frisklivssentralene er en viktig aktør i kommunens folkehelsearbeid. Ut fra en analyse av KOSTRA-data fra 2013 (70) ser det ut til at kommuner med frisklivssentraler har kommet lenger i arbeidet med å

skaffe seg systematisk oversikt over helsetilstanden i befolkningen og særlige utfordringer knyttet til folkehelsen. Kommuner uten frisklivssentral har større utfordringer med sosial ulikhet og flere uføre (70).

4.5 Frisklivssentralen møter dagens helseutfordringer

I Norge [preges sykdomsbildet](#) av kroniske sykdommer som diabetes, kols, hjerte- og karsykdom, kreft, muskel-skjelett- og psykiske plager og lidelser (90). Sosial isolasjon, ensomhet og mangel på sosial støtte, søvnvansker, overvekt og fedme er også sentrale utfordringer (152;153), som kan medføre dårlig helse og livskvalitet (31). Kreft og hjerte-karsykdommer tar flest liv. Samlet sett er muskel- skjelettlidelser den diagnosegruppen som «plager flest og koster mest» (63;154), og den vanligste årsaken til sykefravær og uførhet (155).

Søvnvansker er et utbredt helseproblem som, hvis det står på over tid, kan gi redusert overskudd og livskvalitet (63;156). Én av syv voksne har kroniske søvnvansker (insomni), og ca. en av tre har ukentlige søvnvansker (67). Det anslås at omkring 85 prosent av dem som lider av søvnvansker forblir ubehandlet for denne tilstanden (63). Forbruket av sovemedisiner i den norske befolkningen øker stadig (157). Behandling uten medikamenter, som blant annet kan tilbys av frisklivssentraler, gir imidlertid bedre effekt både på kort og lang sikt (158-160).

De fire viktigste risikofaktorene for sykdommene som dominerer utfordringsbildet, er felles; usunt kosthold, fysisk inaktivitet, tobakk og risikofylt alkoholbruk (155;161;162). Vaner henger sammen. De som røyker er for eksempel også oftere overvektige og fysisk inaktive (163). Det forsterker risikoen for sykdomsutvikling.

Somatisk og psykisk helse henger sammen. Personer med psykiske lidelser har i større grad ugunstige levevaner; de røyker mer, er mindre fysisk aktive og har et dårligere kosthold enn befolkningen forøvrig. De har også økt sykkelighet og dødelighet av somatiske sykdommer (164). Samtidig er somatisk sykdom, kroniske tilstander, smerter og søvnproblemer viktige risikofaktor for utvikling av psykiske helseproblemer (63). En helhetlig og helsefremmende tilnærming slik frisklivssentralene tilbyr, er derfor viktig.

Dagens helseutfordringer kan i stor grad forebygges og mestres ved hjelp av støtte til livsstilsendring, sosiale nettverk og satsing på tiltak som fremmer sunne levevaner i befolkningen (76). I tillegg til tverrsektorielt og befolkningsrettet arbeid, er spesifikke tiltak i regi av helse- og omsorgstjenesten, slik som tilbudet i frisklivssentraler, nødvendig (1;4). Frisklivssentralens tilbud tar utgangspunkt i brukerens målsetting og funksjon, og tar hensyn til den enkeltes behov knyttet til helseutfordringer og eventuell diagnose i planlegging og gjennomføring. De risikofaktorene og helseutfordringene som oftest fører til henvisning er overvekt, fysisk inaktivitet, diabetes type 2, muskel- og skjelettlidelser, hjerte- og karsykdom, kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) og psykiske lidelser, samt kombinasjoner av disse (15;16).

Det strukturerte tilbudet ved frisklivssentralen kan fremme psykisk helse og livskvalitet gjennom økt fysisk form, bedret kosthold, velvære, mestring og evne til å takle motgang og belastninger generelt (36). Det kan virke forebyggende slik at personer som har psykiske plager eller viser tegn på psykisk lidelse, ikke utvikler klinisk sykdom. Deltakelse i kurs og gruppebaserte tilbud, kan være viktig for å etablere og styrke sosiale nettverk, og stimulere til at flere opplever sosial støtte.

Et økende antall personer har sammensatte helseutfordringer, det vil si mer enn en fysisk eller psykisk helseplage. Vi har i dag ikke retningslinjer for tidlig diagnostikk, sekundærforebygging, behandling og rehabilitering av pasienter med flere sykdommer samtidig. Dette gjør at sykdomsspesifikk behandling som oftest blir mer vektlagt enn en helhetlig tilnærming, selv om en helhetlig tilnærming ville gitt vesentlig større helsegevinst (76). Frisklivssentralen samarbeider systematisk med andre offentlige, private og frivillige aktører og har en helsefremmende,

diagnoseuavhengig og helhetlig tilnærming i sitt tilbud. Det kan bidra til at brukere med sammensatte helseutfordringer får bedre utbytte av helsetjenestene, og gi større helsegevinst enn behandling rettet kun mot enkeltdiagnoser eller helseproblemer.

Det er et stort potensiale i å forebygge fedme gjennom endring av levevaner hos personer som er overvektige (KMI > 25) (165). Når fedme først er et faktum, gjør imidlertid biologiske mekanismer i kroppen det vanskelig å oppnå varig vektreduksjon (165). Støtte til endring av levevaner er viktig for denne gruppen, men ofte må det også annen kostbar og langvarig behandling til. Forebyggende arbeid og tidlig støtte til endring av levevaner er derfor helt nødvendig for å redusere vektrelaterte helseplager og sykdom. Frisklivssentralene har spesiell kompetanse på endringsarbeid. God samhandling og kompetanseutveksling mellom frisklivssentralen, fastlege og spesialisthelsetjenesten er viktig i oppfølging av de som skal ha behandling for overvekt/fedme.

4.6 Frisklivssentralen kan bidra til å redusere sosiale ulikheter i helse

Sosiale ulikheter i levevaner har stor betydning for sosial ulikhet i helse. I Norge er det for eksempel mer enn tre ganger så mange røykere blant de som bare har grunnskoleutdanning, sammenliknet med de som har utdanning fra universitet eller høgskole (166). Antall personer som oppfyller de nasjonale anbefalingene for fysisk aktivitet øker med utdanningslengden (167). De med lang utdanning spiser mer kornvarer, grønnsaker, frukt og bær, og har mindre forbruk av saft og brus, enn de med kort utdanning (168). Ensomhet er mest utbredt i grupper med lav utdanning (169).

Samlet sett forklarer hjerte- og karsykdommer sammen med lungekreft og kols, mer enn 60 % av de sosiale forskjellene i for tidlig død. Noen grupper i befolkningen har spesielt høy risiko (76). Dette krever målrettede tiltak.

De som benytter frisklivssentralens tilbud er i hovedsak personer som ikke finner seg til rette i andre kurs og aktivitetstilbud lokalt. Brukerne er i dårligere fysisk form enn gjennomsnittet av friske personer på samme alder (15;93;95). De oppsøker ofte ikke tilbud på egenhånd. Blant brukerne ved frisklivssentralen er det flere med lavere utdanning (grunnskole/videregående skole) enn i normalbefolkningen (15;16;92;94-96). Rundt halvparten er helt eller delvis i arbeid (15;16;92;94;96), helt eller delvis sykemeldt, eller mottar andre trygdeytelser. (15;16;92;94;96). Ved å gi oppfølging og støtte til endring av levevaner for de som trenger det mest, kan frisklivssentralene bidra til å redusere de sosiale forskjellene i levevaner og helse (87).

4.7 Frisklivssentralen kan bidra til sosialt nettverk og integrering

I Norge øker befolkningen relativt raskt. I 2031 anslås det at antall innbyggere vil passere 6 mill. Den antatte veksten henger i hovedsak sammen med innvandring og fortsatt økning i forventet levealder (170).

Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre utgjør i dag 16,3 prosent av Norges befolkning (171). Færre innvandrere enn nordmenn oppgir å ha god helse (172). Erfaring fra frisklivssentraler i kommuner med høy andel innvandrere viser at deltakelse i tilbudet fremmer både helse og integrering. Frisklivssentralen kan være en viktig sosial arena. Gruppetilbud og introduksjon til lokale aktivitetstilbud gir mulighet til å knytte kontakter og bygge sosialt nettverk.

For mennesker i arbeidsfør alder er arbeidstilknytning viktig for helse og livskvalitet. Frisklivssentralen gir hjelp som bedrer funksjon, forebygger helsesvikt, og styrker den enkeltes muligheter for å være i arbeid. Frisklivssentralen gir helsehjelp som gjør at eldre kan opprettholde funksjon og livskvalitet lenger. Frisklivssentralene kan også delta i utvikling av helsetjenestens tilbud til barn og unge med helseutfordringer (69), samt personer som har få sosiale kontakter (173) og personer som ikke finner seg til rette i eksisterende aktivitetstilbud.

5 ETABLERING OG ORGANISERING

Etablering av en frisklivssentral bør ta utgangspunkt i kunnskap om helsetilstanden og risikofaktorer blant kommunens innbyggere, samt eksisterende tilbud og tjenester. I dette kapitlet beskrives kvalitetskrav og anbefalinger for etablering, drift og utvikling av frisklivssentraler.

SJEKKLISTE FOR ETABLERING AV FRISKLIVSSENTRAL

Utredning

- Oversikt over helsetilstand og risikofaktorer blant kommunens innbyggere
- Oversikt over eksisterende tilbud og tjenester og kartlegge behov utover disse
- Kartlegge behov for kompetanse, bemanning og budsjett for frisklivssentraler
- Vurdere samarbeid med andre kommuner, eventuelt interkommunal frisklivssentral

Forankring

- Prioritere tilbud ut fra kommunestatistikk, lokale utfordringer, behov og muligheter
- Politisk behandling og vedtak i kommunestyret
- Forankring i kommuneplan og økonomiplan, samt innarbeidelse i budsjett

Organisering og lokalisering

- Vurdere hensiktsmessig organisatorisk plassering
- Vurdere hensiktsmessig lokalisering og geografisk plassering

Personell, kompetanse og økonomi

- Dimensjonere for forsvarlig drift
- Ansette kompetent personell og sørge for nødvendig kompetanseheving og veiledning
- Internkontroll

Samarbeid og oversikt

- Etablere kontakt med Fylkesmannen og fylkeskommunen
- Kartlegge og kontakte aktuelle frivillige, private og offentlige samarbeidspartnere
- Forankre hos henvisende instanser og andre samarbeidspartnere
- Etablere rutiner for henvisning og samarbeid og for brukervedvirkning
- Oversikt over relevante tilbud
- Tilrettelegge for brukervedvirkning i planlegging, utvikling og gjennomføring av tilbud

Informasjon og kommunikasjon

- Utarbeide plan for kommunikasjons- og informasjonsarbeid
- Informere om frisklivssentralens rolle og tilbud gjennom aktuelle kanaler

Oppstart

- Markere åpning av frisklivssentralen

Dokumentasjon og utviklingsarbeid

- Dokumentere drift og resultater og legge dette frem for kommunens ledelse
- Fortløpende dialog med og rapportering til kommunens ledelse og henvisere
- Drifte, evaluere og videreutvikle tilbud i samarbeid med brukere, andre tjenester og aktører

Se helsedirektoratet.no/folkehelse/friskliv for mer informasjon, verktøy og materiell.

5.1 Utredning og forankring

Frisklivssentralen skal bidra til å ivareta flere av kommunens lovpålagte plikter om å «forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne» (174) (jf. § 1.1). Omfang av og innhold i tjenesten må ta utgangspunkt i og samsvare med innbyggernes behov (4) (jf. 5 a-c). Før etablering bør kommunen med utgangspunkt i [Kommunehelseprofilene](#), annen relevant statistikk og oversikt over eksisterende tjenester og tilbud i kommunen, utrede behovene for bemanning, kompetanse og budsjett. Behov og muligheter for samarbeid med andre kommuner om etablering bør også vurderes. Etablering av frisklivssentralen må behandles og vedtas i formannskap/kommunestyret og driften forankres i kommunale planer og budsjett. Kommuneoverlegen har som medisinsk faglig rådgiver en sentral rolle i arbeidet med å planlegge, forankre og organisere frisklivssentralen som en del av helsetjenesten og folkehelsearbeidet i kommunen (94).

5.2 Organisering og lokalisering

Frisklivssentralen er en helsetjeneste og en del av kommunens helhetlige helsetilbud (1). Det anbefales at frisklivssentralen plasseres organisatorisk sammen med andre forebyggende tjenester. Det skal tilrettelegges for samarbeid med for eksempel helsestasjons- og skolehelsetjeneste, habiliterings- og rehabiliteringstjenester, koordinerende enhet og ulike lærings- og mestringstilbud. Samorganisering kan være en styrke for samhandlingen med andre sektorer, tjenester og tilbud, og bør vurderes. Det kan gi bedre utnyttelse av ressurser og kompetanse og tettere samhandling om henvisning, oppfølging av brukere og utvikling av tilbud. Virksomheten i frisklivssentralene må organiseres slik at helsepersonell blir i stand til å overholde sine plikter i henhold til helsepersonellloven med forskrifter (48;175).

Det anbefales å samlokalisere frisklivssentralen med andre kommunale tjenester og tilbud. Det er en fordel at frisklivssentralen har en sentral beliggenhet og er lett tilgjengelig for brukerne. Geografiske hensyn, kommunens helseprofil og eksisterende tilbud vil kunne påvirke valg av modell. For eksempel er det flere kommuner som samlokaliserte frisklivssentraler og andre tjenester i helsehus eller lokalmedisinske sentre. Noen organiserer frisklivssentraler og kommunale lærings og mestringstilbud som en felles tjeneste. Det bør sikres en god tilknytning til kommunens habiliterings- og rehabiliteringstjeneste (176).

Samarbeid med andre kommuner om en frisklivssentral, kan være hensiktsmessig. Det kan gi mulighet for styrket og bredere kompetanse, bedre kvalitet og ressursutnyttelse og et mer robust tilbud til innbyggerne. Interkommunalt samarbeid kan innebære at flere kommuner etablerer en felles frisklivssentral, eller at kommuner samarbeider om tilbud og kompetanse, utstyr, lokaler og andre ressurser. Kommuner kan også inngå samarbeidsavtaler om for eksempel utviklingsprosjekt, ansettelse av personell med spesiell kompetanse og/eller kompetansehevende tiltak for personell i kommunene.

5.3 Personell og kompetanse

Frisklivssentralen må ut fra befolkningsgrunnlag ha tilstrekkelig kapasitet og kompetanse til å ivareta kravet om faglig forsvarlighet, og kunne gi tilbud i samsvar med befolkningens behov.

5.3.1 Dimensjonering

Frisklivssentralen bør som et minimum ha tilstrekkelig antall fast ansatte til at basistilbudet kan gjennomføres på en faglig forsvarlig måte, og i tråd med anbefalingene i kapittel 3.6.

Forebyggende og helsefremmende helsetilbud skal være en integrert del av behandlingsopplegget for den enkelte pasient (177). Frisklivssentralens tilbud og kompetanse skal være utfyllende til andre

tjenester og bidra til å styrke sammenhengende og koordinerte helsetjenester og forløp. Frisklivssentralens tilbud kan være aktuelt på ulike tidspunkt i et pasientforløp.

Frisklivssentralen kan være en ressurs og samarbeidspartner i kommunens arbeid med andre helsefremmende og forebyggende oppgaver knyttet til levevaner. Det gjelder for eksempel bidrag til oversikt over helsetilstand, planarbeid og råd og veiledning til befolkningen. Ansattressurser ved frisklivssentralen må ses i sammenheng med kommunes samlede behov.

5.3.2 Kompetanse

Arbeidet ved frisklivssentralen skal være tverrfaglig. Anbefalt utdanning for personell ved frisklivssentralen er høyskole-/ universitetsutdanning innen helsefag, inkludert fagområder som fysisk aktivitet, ernæring, psykisk helse, helsefremmende og forebyggende arbeid og folkehelse. Kompetanse i tverrfaglig arbeid er nødvendig for å kunne løse frisklivssentralens oppgaver.

Kunnskap om effektive metoder for endring av levevaner er grunnleggende. Personell ved frisklivssentralen skal ha grunnleggende kompetanse i samtalemetoden [Motiverende intervju \(MI\)](#). Det innebærer minimum tre dager veilederkurs pluss arbeidskrav. I tillegg bør de ha fordypningskurs, kollegabasert veiledning og videreutdanning innen MI. De regionale kompetansentre for rus (KoRus) tilbyr opplæring i MI. Det er også etablert MI-nettverk i hver helseregion. Annen helsepedagogisk kunnskap og andre metodiske tilnærminger til det å snakke om endring, slik som kognitiv atferds-terapi, er også relevant.

5.3.3 Veilederkurs for ansatte ved frisklivssentraler

Helsedirektoratet har utviklet flere veilederkurs for å understøtte kunnskapsbasert praksis og effektivt arbeid ved frisklivssentralene:

- Veilederkurs Bra mat for bedre helse
- Fysisk aktivitet i frisklivssentraler
- Slutteveilederkurs tobakk
- Veilederkurs søvn

I samarbeid med Fagakademiet tilbyr Helsedirektoratet også kurslederkurs i Kurs i mestring av depresjon (KiD) og Kurs i mestring av belastning (KiB).

Det anbefales at alle ansatte i frisklivssentraler deltar på disse veilederkursene. Mer informasjon om kurstilbud finnes på helsedirektoratet.no. Aktuelle kurs blir kunngjort fortløpende.

5.3.4 Faglig forsvarlighet

Faglig ansvarlig for frisklivssentralen må være autorisert helsepersonell med minimum tre års høyere utdanning. Dersom det ikke er ansatt autorisert helsepersonell ved frisklivssentralen, må kommuneoverlegen være faglig ansvarlig. Kommunen har et lovhjemlet ansvar for at tjenestene er faglig forsvarlige, jf. [helse- og omsorgstjenesteloven](#) (1) § 4-1, [forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten](#) (175) og [helsepersonelloven](#) (48) §§ 4 og 16 og [helsetilsynsloven](#), § 2-3. Se mer om helsepersonelloven med forskrifter (48) i kapittel 6.

Alt personell som utfører helsehjelp på en frisklivssentral, er omfattet av helsepersonelloven (48). Det er uavhengig av om den ansatte har helsefaglig profesjonsutdanning eller annen faglig bakgrunn. Det avgjørende er at hjelpen som gis anses som helsehjelp. Med helsehjelp menes enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende eller rehabiliterende mål. Helsesamtaler og veiledning av brukere på frisklivssentralen anses som helsehjelp. Se også 4.7.2 *Journalføring*.

Alt personell ved frisklivssentralen skal utføre arbeidet i samsvar med krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig, jf. Helsepersonelloven § 4 (48). De skal innhente bistand og samarbeide med andre tjenester når det er påkrevet. Personellet skal ikke utføre individuell medisinsk behandling, men lede videre til andre aktuelle helsetjenester ved behov.

5.3.5 Forsikring

Eventuelle krav som framsettes på grunn av feilbehandling utført av autorisert helsepersonell, dekkes av Norsk pasientskadeerstatning (NPE). Dersom ikke-autorisert personell yter helsehjelp på vegne av autorisert helsepersonell, vil dette kunne omfattes av [pasientskadeloven](#) (178), jf. loven § 1 første ledd bokstav c. Kommunen må foreta en risikovurdering og selv vurdere om de ønsker å tegne en forsikring utover NPE-ordningen.

5.4 Økonomi, tilskudd og egenbetaling

Drift av frisklivssentralen skal finansieres over kommunens budsjett.

Regler for å kreve egenbetaling fra brukere av frisklivssentralens tilbud følger av § 11-2 i [Lov om kommunale helse og omsorgstjenester](#) (1). Frisklivssentraler kan ikke kreve egenbetaling for individuell helsesamtale, men kan ta en lav egenandel for temabaserte kurs og gruppeaktiviteter som ikke har til hensikt å behandle spesifikke diagnoser.

Med forehold om tildeling over statsbudsjettet, kan kommuner søke Fylkesmannen om *Tilskudd til etablering og utvikling av kommunale frisklivs-, lærings- og mestringstilbud*. Andre tilskuddsordninger kan være aktuelle. Det gjelder primært tilskuddsordninger med mål om å styrke folkehelsearbeidet, samhandling og det forebyggende helsearbeidet i kommunene. Se helsedirektoratet.no for oversikt og mer informasjon.

5.5 Internkontroll

Frisklivssentralen skal følge lover og forskrifter som angår kommunale helse- og omsorgstjenester. Frisklivssentralen skal ha rutiner for internkontroll, jf. [forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten](#) (175). Forskriften er et verktøy som skal sikre at daglige arbeidsoppgaver blir utført, styrt og forbedret i henhold til lovkrav.

5.6 Oversikt og samarbeid

Frisklivssentralen skal ha oversikt over og kjennskap til relevante tilbud, lede videre til disse når det er aktuelt og samarbeide med koordinerende enhet (3). Det anbefales at kommunen gjør oversikten tilgjengelig for sine innbyggere. Frisklivssentralen bør kartlegge og kontakte aktuelle samarbeidspartnere blant annet for å etablere rutiner for henvisning, dialog og for å holde informasjon om tilbud og tjenester oppdatert. For eksempel kan møter og samarbeid med allmennlegerådet, fastlegene, NAV, spesialisthelsetjenesten og andre samarbeidspartnere, være aktuelt.

Samarbeid mellom ulike offentlige, frivillige og private aktører og tilbud, på tvers av sektorer, er avgjørende for forebygging, tidlig innsats og koordinerte tjenester. Samarbeidet mellom frisklivssentralen og andre aktører bør være gjensidig forpliktende og kan gjerne formaliseres gjennom rutiner og skriftlige avtaler.

Se kapittel 5.6.3.5 om samarbeid og samarbeidsavtaler mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. Se også [idébank for frisklivssentraler](#) for eksempler på samarbeid mellom frisklivssentraler og ulike aktører.

Godt samarbeid mellom kommuner og fylker har vist seg å være viktig for kvalitet og stabilitet i drift og utvikling av frisklivssentraler (94).

Fylkesmannen er statens representant i fylket og har ansvar for å følge opp nasjonal politikk. Fylkesmannen har en myndighetsrolle når det gjelder helsetilbud og fortolkning av regelverk. De har også ansvar for å følge opp det forebyggende helsearbeidet i kommunene, slik det framgår av virksomhets- og økonomiinstruks og det årlige tildelingsbrevet. Tilsyn med helse- og omsorgstjenesten og helsepersonell er tillagt fylkesmannen. Fylkesmannen har ansvar for kompetansehevende tiltak og annet kvalitetsarbeid for frisklivssentraler. De har også forvaltningsansvar for tilskudd. I mange fylker har Fylkesmannen i samarbeid med fylkeskommunen etablert regionale nettverk for frisklivssentralene. Nettverkene bidrar til erfaringsutveksling, utvikling av kvalitet og kompetanse i frisklivssentraler, og til samarbeid mellom kommuner og fylker.

Fylkeskommunen skal understøtte folkehelsearbeidet i kommunene og være pådriver for å samordne folkehelsearbeidet i fylket, for eksempel gjennom partnerskap. Fylkeskommunen er en regional utviklingsaktør og skal ha oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer i fylket. Fylkeskommunen driver kompetansehevende tiltak og utviklingsarbeid på folkehelseområdet og kan være en viktig samarbeidspartner for frisklivssentraler i utviklingsarbeid.

5.6.1 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er et sentralt prinsipp som er nedfelt i lovverket. Målet er helse- og omsorgstjenester av god kvalitet som er best mulig tilpasset den enkeltes behov (1;60;179).

[Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester](#) § 3-10 (1) setter krav til kommunene om pasienters og brukeres innflytelse på utforming av helsetjenesten. Brukerne har rett til å medvirke ved utforming, gjennomføring og evaluering av frisklivssentralens tilbud, jf. [pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1](#) og [forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 4](#).

Kommunen skal legge til rette for samarbeid med brukergruppenes organisasjoner og med frivillige organisasjoner som arbeider med samme oppgaver som helse- og omsorgstjenesten. Det gjelder brukere i alle aldre. Samarbeidet kan med fordel formaliseres gjennom skriftlige avtaler.

Frisklivssentralen bør etablere systemer og rutiner som sikrer brukermedvirkning. Det anbefales å etablere møteplasser med brukere og brukerorganisasjoner. Målet er å ivareta brukermedvirkning, både som en integrert del av de kommunale tjenestene (tjeneste- og systemnivå), og i møte med den enkelte bruker (individnivå). Brukerorganisasjoner skal representere brukerkompetansen og ivareta brukernes erfaringer, utover sin egen sak (180;181).

For at retten til medvirkning skal bli reell, er det avgjørende med tilstrekkelig og tilpasset informasjon. Bruker eller brukers representant bør så langt som mulig få kjennskap til innholdet i tjenesten og hvilke rettigheter man har som tjenestemottaker. Som tjenesteyter skal frisklivssentralen sørge for god dialog med tjenestemottaker, slik at han/hun opplever trygghet og likeverd. Informasjon og medvirkning skal tilpasses den enkeltes evne til å motta og forstå informasjon (182). Det kan blant annet innebære å bruke tolk ved behov (83).

5.6.2 Aktuelle samarbeidspartnere

Tabellen under beskriver noen aktuelle samarbeidspartnere for frisklivssentralen i en etableringsfase, i drift og videre utvikling av tjenesten. Oversikten er ikke uttømmende.

Aktører	Samarbeidsområder
Kommunal ledelse	<ul style="list-style-type: none"> • Forankring og etablering av frisklivssentralen • Kommunale planprosesser • Oversiktsarbeid • Befolkningsrettet informasjonsarbeid
Kommunelege	<ul style="list-style-type: none"> • Forankring og etablering av frisklivssentralen • Kvalitetsutvikling
Fastlege Primærhelseteam	<ul style="list-style-type: none"> • Kvalitets- og utviklingsarbeid ut fra pasientenes behov • Informasjon om tilbud til aktuelle pasienter • Henvisning til frisklivssentralen • Oppfølging av pasienter (jf. fastlegeforskriften § 19)
Helsestasjons- og skolehelsetjeneste	<ul style="list-style-type: none"> • Henvisning og oppfølging av brukere • Utvikling av tilbud til barn og unge med familier og til gravide
Øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste	<ul style="list-style-type: none"> • Henvisning og oppfølging av brukere • Utviklingsarbeid knyttet til forebyggende helsetjenester • Utnveksling av kompetanse
Øvrig kommunal sektor	<ul style="list-style-type: none"> • Utvikling av tilbud for aktuelle målgrupper • Utnveksling av relevant kompetanse
NAV, bedriftshelse-tjenesten og arbeidslivs-sentre	<ul style="list-style-type: none"> • Henvisning til frisklivssentralen • Oppfølging av sykemeldte og personer med andre trygdeytelser • Utnveksling av kompetanse og samarbeid om tilbud
Spesialisthelsetjenesten	<ul style="list-style-type: none"> • Henvisning av pasienter til frisklivssentralen • Oppfølging av brukere før, under og etter behandling i spesialisthelsetjenesten • Utnveksling av kompetanse
Frivillig og privat sektor	<ul style="list-style-type: none"> • Mangfold av lett tilgjengelige tilbud • Oversikt over og informasjon om lokale tilbud • Utvikling og drift av tilbud • Utnveksling av kompetanse • Tilbud etter fullført oppfølgingsperiode
Tannhelsetjenesten	<ul style="list-style-type: none"> • Henvisning til frisklivssentralen og oppfølging av brukere • Utnveksling av kompetanse • Utvikling av forebyggende og helsefremmende tiltak

Høyskoler, universiteter og forskningsmiljø	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluering av tilbud, forskning, utviklings- og innovasjonsarbeid • Kompetansebygging • Informasjonsspredning • Studenter i praksis og hospitering
Andre kommuner og frisklivssentraler	<ul style="list-style-type: none"> • Kompetanse- og erfaringsutveksling • Hospitering
Lokale medier	<ul style="list-style-type: none"> • Informasjonsspredning • Kunnskapsformidling
Koordinerende enhet i kommuner og helseforetak	<ul style="list-style-type: none"> • Kartlegge behov for støtte til endring av levevaner • Henvisning til frisklivssentralen og oppfølging av brukere • Koordinert informasjon om tilbud • Utforming av individuell plan • Etablere møteplasser mellom helseforetak og kommuner • Oversikt over aktuelle tjenester og tilbud
Lærings- og mestringstilbud i helseforetak og kommuner/bydeler	<ul style="list-style-type: none"> • Henvisning av brukere • Kompetanse- og erfaringsutveksling • Oppfølging av brukere • Utvikling og gjennomføring av tilbud
De kommunale introduksjonsprogrammene	<ul style="list-style-type: none"> • Kartlegge behov for støtte til endring av levevaner • Henvisning til frisklivssentralen og oppfølging av brukere • Utvikling og gjennomføring av tilbud

5.6.3 Frisklivssentralen og andre helsetjenester og tilbud

Det er nødvendig å se etablering og organisering av frisklivssentralen i sammenheng med øvrige tjenester og tilbud i primær- og spesialisthelsetjenesten. Målet er å skape helhetlige og koordinerte tjenester som utfyller hverandre og er basert på innbyggernes behov.

5.6.3.1 Fastlegen

Ifølge fastlegeforskriften skal fastlegen, basert på en medisinsk vurdering av behov, tilby forebyggende tiltak (183). Fastlegen har medisinsk faglig ansvar for sine pasienter. For god forankring av frisklivssentralen anbefales det å etablere kontakt og å samarbeide med allmennlegerådet i kommunene. Det anbefales også å etablere kontakt med den enkelte fastlege/fastlegekontor/primærhelseteam og utarbeide gode rutiner for samarbeid om henvisning og oppfølging av den enkelte bruker.

5.6.3.2 Habiliterings- og rehabiliteringstjenesten og koordinerende enhet

Frisklivssentralens kompetanse og tilbud er viktig innen sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering. Frisklivssentralen er en del av habiliterings- og rehabiliteringstjenesten, og det bør sikres en god tilknytning til denne (184).

Koordinerende enhet i kommuner og helseforetak skal være med å sikre at pasienter og brukere med behov for tjenester fra flere fag, nivåer og sektorer får et helhetlig og koordinert tjenestetilbud (91). Enheten har et overordnet ansvar for individuell plan og koordinator. Ansvaret omfatter alle pasient- og brukergrupper med behov for langvarige og koordinerte tjenester, og er ikke avgrenset til habilitering og rehabilitering. For at pasienter og brukere skal møte et samordnet og forutsigbart tjenesteapparat, er det behov for å etablere rutiner, avtaler, nettverk og møteplasser for samhandling, informasjonsutveksling og koordinering.

Koordinerende enhet er en viktig samarbeidspartner for frisklivssentralene og bør være godt informert om frisklivssentralens tilbud. For eksempel er frisklivssentralen et sted å henvise pasienter som trenger støtte til å endre levevaner både før, under og etter behandling. Ansatte i frisklivssentralene skal melde om behov for individuell plan til koordinerende enhet og eventuelt delta i plan arbeidet. [Veileder for habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator](#) (184) beskriver oppgaver for koordinerende enhet i kommuner og helseforetak. De skal blant annet kartlegge og vurdere behovet for støtte til endring av levevaner og mestring av langvarig sykdom. Koordinerende enhet er også en sentral samarbeidspartner i kraft av sin oppgave i å ha oversikt over helsetjenester og tilbud både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten.

5.6.3.3 Kommunale lærings- og mestringstilbud

Lærings- og mestringstilbud har som formål at personer med langvarige helseutfordringer og deres pårørende får økt innsikt og opplever styrket mestring av egen livssituasjon (185). Både helseforetak og kommuner skal ha lærings- og mestringstilbud (60).

Tilbudene ved frisklivssentralen er et kommunalt lærings- og mestringstilbud og en del av det samlede lærings- og mestringstilbudet i kommunen (69;184). Frisklivssentralens tilbud og øvrige kommunale lærings- og mestringstilbud utfyller og overlapper hverandre og må ses i sammenheng.

Frisklivssentralen har diagnoseuavhengige tilbud og særlig kompetanse på endring av levevaner, motivasjon for å starte en endringsprosess og det å mestre helseutfordringer og nye levevaner. Frisklivssentralen kan i tillegg til basistilbudet ha tilbud som er spesielt tilrettelagt for ulike målgrupper. Se kapittel 3.8 og 3.9. Deltakelse i frisklivssentralens tilbud kan bidra til at personer med kronisk sykdom får kunnskap og støtte som gjør at de lever bedre med sine helseutfordringer. Frisklivssentralen skal vise brukerne videre til diagnosespesifikke lærings- og mestringstilbud ved behov.

Både frisklivssentraler og andre kommunale lærings- og mestringstilbud samarbeider med øvrige kommunale tjenester og med lærings- og mestringssentrene i helseforetakene. Det er viktig at kommunene har et formalisert samarbeid om tilbud og kompetanseutveksling med spesialisthelsetjenesten. Nærmere beskrivelse av kommunale lærings- og mestringstilbud finnes i [veileder for habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator](#) (184).

5.6.3.4 Helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal forebygge sykdom og fremme god fysisk og psykisk helse hos blivende foreldre, barn og ungdom 020 år (186;187). Tjenesten møter alle i sin målgruppe. Samarbeidet mellom frisklivssentralen og helsestasjons- og skolehelsetjenesten omfatter blant annet henvisning, rapportering, utveksling og utvikling av kompetanse. De kan også samarbeide om utvikling av tilbud, for eksempel om oppfølging av barn, unge og familier med overvekt og fedme. Gravide som har behov for hjelp til endring av levevaner, kan henvises til frisklivssentralen. Mange frisklivssentraler og helsestasjons- og skolehelsetjenester samarbeider om oppfølging av barn og unge og deres foresatte.

5.6.3.5 Spesialisthelsetjenesten

Frisklivssentralen har tilbud som er aktuelle for pasienter i spesialisthelsetjenesten både før, under og etter behandling. Det kan for eksempel være hjelp til røykeslutt før kirurgi, støtte til fysisk aktivitet under og etter behandling eller til kostholdsendringer før eller etter sykehus- eller rehabiliteringsopphold. Ansatte i spesialisthelsetjenesten kan benytte [Frisklivsresepten](#) ved henvisning til frisklivssentralen.

Alle helseforetak har inngått [samarbeidsavtaler med kommunene](#). Avtalene skal blant annet omfatte samarbeid om forebyggende og helsefremmende tjenester. Det anbefales at samarbeidet med primærhelsetjenesten inkluderer frisklivssentralen, og at det formaliseres og konkretiseres gjennom disse samarbeidsavtalene. Se også [Veileder til samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner](#) (188). Samarbeidet mellom frisklivssentralen og spesialisthelsetjenesten omfatter blant annet henvisning, rapportering, utveksling og utvikling av kompetanse. Stadig flere frisklivssentraler samarbeider med ulike deler av spesialisthelsetjenesten.

Spesialisthelsetjenesten har kompetanse som det er behov for lokalt og et veiledningsansvar overfor kommunene. Veiledning til kommunene kan blant annet gis i forbindelse med planlegging og gjennomføring av kurs og fagdager. Spesialisthelsetjenesten skal også etablere interne rutiner som gjør at frisklivssentralene får nødvendig og relevant informasjon fra pleie- og omsorgsmeldinger (PLOmeldinger) om pasienter som utskrives fra sykehus og som skal ha oppfølging ved frisklivssentralene (2). Dersom brukere er henvist fra spesialisthelsetjenesten, skal frisklivssentralen sende epikrise til henviser i tillegg til fastlegen.

Alle helseforetak har etablert lærings- og mestringstjenester. Ansvaret for pasient- og pårørendeopp-læring i helseforetakene ligger til de kliniske avdelingene (189). Frisklivssentralen skal samarbeide med lærings- og mestringstjenesten i spesialisthelsetjenesten om henvisning, kompetanseutveksling, utvikling og gjennomføring av kurs. [Den nasjonale kompetansetjenesten for læring og mestring innen helse](#) (NK LMH) skal støtte faglig opp under lærings- og mestringstilbud i helseforetak og kommuner. Se også [oversikt over lærings- og mestringssentre i helseforetakene](#).

5.6.3.6 Bedriftshelsetjenesten, NAV og arbeidslivssentre

Både bedriftshelsetjenesten, NAV og arbeidslivssentre kan henvise deltakere til frisklivssentralen. Frisklivssentralen bør samarbeide med bedrifter, bedriftshelsetjenester, NAV og arbeidslivssentre om oppfølging av sykmeldte arbeidstakere, og om brukere uten arbeidstilknytning som har som mål å komme tilbake i jobb. Samarbeidet kan også omfatte utveksling av relevant kompetanse samt utvikling og gjennomføring av tilbud. Målet er at tilbudene utfyller hverandre og at brukeren bedrer sin helse og funksjon, mestrer helseplager og kommer raskere tilbake i arbeid.

Samarbeid med bedriftshelsetjenesten kan være særlig aktuelt for brukere som periodevis arbeider utenfor hjemkommunen og ikke kan følge tilbudet ved frisklivssentralen uten avbrudd i 12 uker. Det kan for eksempel gjelde de som jobber på sjøen eller offshore. Koordinering av oppfølging i hjemkommune og på arbeidsplassen kan være avgjørende for at brukeren skal få nødvendig helsehjelp og et sammenhengende tilbud.

5.6.3.7 Likemannsarbeid og frivillighet

For noen brukere kan deltakelse i likemannsgrupper og frivillig arbeid være aktuelt etter avsluttet tilbud ved frisklivssentralen. Gjensidig utveksling av erfaringer, hjelp og støtte kan gi økt kunnskap om egen situasjon og bedre mestringsopplevelser. Frisklivssentralen kan ha en støttefunksjon når det gjelder etablering og drift av likemannsgrupper, opplæring og oppfølging av likemenn.

5.6.3.8 Selvorganisert selvhjelp

Selvorganisert selvhjelp kan være til hjelp for brukere etter gjennomført tilbud ved Frisklivssentralen. Brukeren skal få informasjon om selvorganisert selvhjelp. Frisklivssentralen kan bistå med å tilrettelegge for etablering av selvhjelpsgrupper. [Selvhjelp Norge](#) (89) har oversikt over aktører som driver eller planlegger å starte opp selvorganiserte selvhjelpsgrupper og tilbyr blant annet introduksjonsseminarer om selvhjelp og igangsetterkurs.

5.7 Informasjons- og kommunikasjonsarbeid

Måltrettet og systematisk informasjons- og kommunikasjonsarbeid er viktig for forankring, og for at innbyggerne skal kjenne til frisklivssentralen. Det vil være ulike behov og mål for informasjon og kommunikasjon i en etablerings- og en driftsfase.

Informasjon og profilering av frisklivssentralen bør være en del av kommunens helhetlige kommunikasjonsarbeid. Det anbefales å utarbeide en strategi for kommunikasjonsarbeidet og å lage en kommunikasjonsplan der mål for kommunikasjonen, målgrupper, tiltak, aktuelle tema, kommunikasjonskanaler, ansvarsfordeling og tidsfrister er beskrevet. Planen må ivareta de ulike målgruppenes behov for informasjon om frisklivssentralen.

Frisklivssentralen bør rapportere årlig til politikere og administrasjon om drift og resultater. Det bør være jevnlig dialog med fastleger, øvrige kommunale tjenester, spesialisthelsetjeneste, frivillig sektor og private aktører.

Samarbeid med lokale medier er viktig for å synliggjøre frisklivssentralens tilbud og resultater. Mange frisklivssentraler har god erfaring med å sende ut elektroniske nyhetsbrev med e-post, benytte seg av sosiale medier og ha egne facebooksider som en informasjons- og markedsføringskanal. Når det gjelder bruk av sosiale medier bør [Veileder i bruk av sosiale medier i helse-, omsorgs- og sosialsektoren](#) følges (191).

På Helsedirektoratets nettsider om frisklivssentraler finnes mer [informasjon og enkle verktøy](#) som kan være til hjelp i kommunikasjonsarbeidet. Se også [Idébank for frisklivssentraler](#).

5.7.1 Logo og profilprogram

Helsedirektoratet har laget profilprogram, logo og materiell til fri bruk for alle frisklivssentraler.

I noen kommuner er frisklivssentralen og andre lærings- og mestringstilbud organisert sammen. Derfor er det laget en felles logo som Helsedirektoratet og Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse, står bak. Begge logoer kommer i flere formater og kan brukes sammen med kommunens logo ved behov. Se mer informasjon på [Helsedirektoratets nettsider](#).

5.8 Oppstart

Kommunen bør ved oppstart sende kontaktinformasjon til postmottak@helsedir.no slik at den nyetablerte frisklivssentralen kommer med i oversikten over kommuner med frisklivssentral og på mottakerlisten for Helsedirektoratets nyhetsbrev. Oppstart av frisklivssentralen er en gylden anledning til å lage et arrangement og informere om frisklivssentralen på ulike måter og til ulike målgrupper. Det anbefales å markere åpningen og invitere lokale medier.

5.9 Dokumentasjon og journalføring

Kommunen skal legge til rette for at frisklivssentralen har relevante og effektive verktøy for dokumentasjon, journalføring, rapportering og meldingsutveksling. Frisklivssentralene skal sikre nødvendig dokumentasjon og bør ha fortløpende dialog med og rapportering til kommunens ledelse.

5.9.1 Elektronisk journalsystem

Kommunen skal legge til rette for at helsepersonell kan ivareta sine lovpålagte oppgaver på en forsvarlig måte. Det følger av journalforskriften § 4 at en virksomhet som yter helsehjelp, har en selvstendig plikt til å opprette et journalsystem (192). Ny [forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgstjenesten](#) (193) krever elektronisk journalføring av helseopplysninger (jf. § 3). Forskriften pålegger dermed frisklivssentralen å ta i bruk elektronisk pasientjournalsystem.

Kommunen er ansvarlig for at deres elektroniske fagsystem tilfredsstillers forskriftens krav. Det er opp til hver enkelt kommune å velge system. Det finnes flere typer elektroniske journalsystem. Det systemet som velges må oppfylle krav gitt i lov og forskrift, og herunder følge [norm for informasjons-sikkerhet](#) (Normen) (194). Den sikrer også at personvernet blir ivaretatt.

Dersom det i enkelttilfeller ikke er mulig med elektronisk journalføring, må det lages rutiner som sikrer at helseopplysningene dokumenteres på annen måte inntil de kan registreres elektronisk. Obligatoriske og anbefalte IKT-standarder for offentlig sektor finnes på [Difi sine nettsider](#). Utfyllende informasjon om elektronisk pasientjournal finnes på www.ehelse.no.

5.9.2 Journalføring

Den som yter helsehjelp, skal i henhold til [Helsepersonelloven](#) § 39 (48), nedtegne, registrere og oppbevare opplysninger i en journal for den enkelte pasient. Siden helsepersonelloven gjelder for alle som yter tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven (1), gjelder journalføringsplikten uavhengig av om det er autorisert helsepersonell eller ikke som utfører dette. Det avgjørende er om det ytes helsehjelp etter loven. Se også definisjonen i helsepersonellovens § 3 om hvem som omfattes av denne loven.

Helsesamtaler og individuell veiledning av brukere på frisklivssentraler anses som helsehjelp og skal journalføres. Dette avgrenses mot aktiviteter som ikke har et forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende eller rehabiliterende formål. Opplysninger fra aktiviteter eller tiltak som i utgangspunktet ikke regnes som helsehjelp, slik som deltakelse i kurs, skal likevel journalføres dersom de er relevante og nødvendige og utføres som et ledd i helsehjelpen, eller har en klar effekt eller påvirkning på helsetilstanden. Journalføringen skal ikke omfatte mer informasjon enn det som er nødvendig for å dokumentere helsehjelpen (192).

Utdypende bestemmelser er gitt i [forskrift om pasientjournal](#) (192). Det er kun relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen som skal journalføres. Helseopplysninger skal behandles i samsvar med [pasientjournalloven](#) (195).

Frivillige hjelpere eller tidligere brukere mv., yter ikke helsehjelp, og de er derfor ikke omfattet av journalføringsplikten.

5.9.3 Taushetsplikt

Helsepersonell og annet personell som yter helsetjenester plikter å hindre at andre får adgang eller kjennskap til pasientopplysninger (196). [Pasient- og brukerrettighetsloven](#) (60) § 3-6 gir brukeren tilsvarende rett til vern mot spredning av opplysninger. Personer som samarbeider med helsepersonell har samme taushetsplikt som helsepersonell jf. kapittel 5 i helsepersonelloven (48) og [veiledning til denne](#) (197). Alt annet personell i kommunen har taushetsplikt etter [forvaltningsloven](#) § 13 f (198), med mindre de er omfattet av annet lovverk som har særskilte bestemmelser om taushetsplikt.

5.9.4 Opplysningsplikt til helse- og omsorgstjenesten og barnevernet

Alt helsepersonell som arbeider med voksne, skal ha et spesielt fokus på barn og unge som pårørende for å sikre at de blir tidlig fanget opp av hjelpeapparatet ved behov. Helsepersonell må bidra til å sette i gang prosesser som gjør at hele familien bedre kan mestre situasjonen når en forelder er syk, slik at det blir mulig å forebygge problemer hos alle de involverte (199).

Helsepersonell plikter uten hinder av taushetsplikt å gi opplysninger til helse- og omsorgstjenesten når det er grunn til å tro at en gravid kvinne misbruker rusmidler på en slik måte at det er overveiende sannsynlig at barnet blir født med skade, jf. helsepersonelloven (48) § 32 og helse- og omsorgstjenesteloven § 10.3.

Helsepersonell skal sende bekymringsmeldinger til barnevernstjenesten hvis de er bekymret for et barn eller en familie. Den som yter helsehjelp skal gi opplysninger til barnevernstjenesten når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt. jf. helsepersonelloven § 33 (48). Se rundskriv IS17/2006 om helsepersonells plikt og rett til å gi opplysninger til barneverntjenesten og merknad til helsepersonelloven § 33 i rundskriv IS8/2012 om helsepersonelloven (197). Barnevernet kan gi veiledning og rådgivning til annet personell gjennom anonymiserte konsultasjoner.

5.9.5 Oppbevaring og arkivering

Personopplysninger og journaler må oppbevares på en forsvarlig måte, og i samsvar med reglene for taushetsplikt, jf. [helsepersonelloven](#) (1) og [personopplysningsloven](#) (200). Oppbevaring og arkivering skal skje i tråd med gjeldene [Norsk Arkivstandard \(p.t. Noark 5\)](#) (201).

5.9.6 Epikrise

Epikrise er en skriftlig sammenfatning av brukerens journalopplysninger. Epikrise utarbeides etter at undersøkelse og behandling er ferdig og skal sendes til det helsepersonell som trenger opplysninger for å kunne gi brukeren forsvarlig oppfølging. Normalt kan helsepersonell sende epikrise uten brukerens samtykke, men brukeren har rett til å motsette seg at epikrise sendes (1;192). Frisklivs-sentralen skal sende epikrise til fastlege og til henviser, dersom dette ikke er fastlegen. For personer som har regelmessig kontakt med NAV, kan det være hensiktsmessig at epikrise sendes til veileder hos NAV.

I henhold til taushetsplikten anbefales det å innhente samtykke fra brukeren til å sende relevant informasjon til fastlege og annet helsepersonell. Dersom den som sender epikrisen har grunn til å tro at brukeren ikke ønsker opplysningene videreformidlet, skal brukeren spørres. Når det gjelder mindreårige er hovedregelen at foreldre, eller andre med foreldreansvar, har rett til å samtykke til helsehjelp for brukere under 16 år og mellom 16 og 18 år som ikke har samtykkekompetanse jf. [pasient- og brukerrettighetsloven](#) (60) § 4-4 og § 4-5. For mer informasjon om samtykke på vegne av barn og ungdom, se rundskriv til [IS-8/2005](#) (202) eller [Veileder for helsestasjon- og skolehelsetjeneste](#) (187). Det eksisterer ikke noe formkrav til samtykke. Et muntlig samtykke er like bindende som et skriftlig.

5.10 Kvalitetssikring, evaluering og utviklingsarbeid

Registrering og evaluering er avgjørende for kvalitetssikring og videre utvikling av tilbudet ved frisklivssentralen. Dokumentasjonsarbeid synliggjør hvem som benytter tilbudet og er viktig for å vurdere effekt av tiltak på kort og lang sikt. Det bidrar også til å styrke samarbeidet med spesialisthelsetjenesten og forankre frisklivssentralen i kommunens ledelse.

Det anbefales å etablere samarbeid med høyskole og universitetsmiljøer for forsknings- og evalueringsarbeid, kompetansebygging og studentpraksis.

5.10.1 Innsamling og sammenstilling av data

Innsamling av data gjennom registrering av ulike indikatorer må gjennomføres i henhold til [personopplysningsloven](#) og [helseregisterloven](#) (200). Dersom frisklivssentralen, kommunen eller fylket ønsker å samle inn data om personer for å få oversikt over tiltak og resultater, krever personopplysningsloven (200) at en må hente inn samtykke fra personen og melde fra til Datatilsynet. Et samtykke skal være en frivillig og informert erklæring fra den personen opplysningene gjelder, om at hun eller han samtykker til behandling av opplysninger om seg selv. Personen skal også få vite hva opplysningene skal brukes til. Kommunen plikter å melde fra til Datatilsynet gjennom et særskilt [meldeskjema](#). Det er viktig å være klar over at individbasert informasjon er underlagt strenge personvernregler og ikke uten videre kan trekkes ut og legges til grunn for kommunens helseprofiler. Opplysninger som samles inn, anonymiseres før de eventuelt presenteres eller leveres videre.

Når det gjelder statistikk på individnivå, så kan dette føres i anonym form uten at det er nødvendig med samtykke fra den registrerte. Det er da viktig at alle personidentifiserbare kjennetegn fjernes fra statistikken, slik at det ikke er mulig å gjenkjenne eller spore enkeltpersoner. Et utgangspunkt kan være at det skal finnes minst fem personer med tilsvarende opplysninger/karakteristika for at det skal kunne regnes som anonymt. Ethiske retningslinjer og veiledninger relevante for medisinsk og helsefaglig forskning finnes på [etikkom.no](#).

5.10.2 Anbefalte kvalitetsindikatorer for dokumentasjon av drift

Det anbefales at drift og tilbud ved frisklivssentralen dokumenteres grundig og at resultatene fra dokumentasjonen synliggjøres for beslutningstakere. Det er opptil den enkelte kommune å velge hvilke indikatorer som er viktig for dokumentasjon av drift. Nedenfor er en oversikt over anbefalte indikatorer. Listen er ikke uttømmende.

- Budsjet
- Ansattressurser (timeverk)
- Ansattes kompetanse og profesjoner
- Tilbud
- Organisering
- Lokaler og beliggenhet
- Forankring i kommunale planer
- Alders- og målgrupper i befolkningen som benytter tilbud
- Antall som benytter tilbud ved frisklivssentralen med henvisning
- Antall som benytter tilbud ved frisklivssentralen uten henvisning
- Brukermedvirkning
- Samarbeidspartnere (frivillige, private og andre offentlige aktører)
- Formelle samarbeidsavtaler
- Samarbeid med andre kommuner
- Bruk av tolk

5.10.3 Anbefalte kvalitetsindikatorer for dokumentasjon av tilbud

- Henvisningsinstanser
- Antall henvisninger*
- Alder
- Kjønn
- Utdanningsnivå
- Henvisningsårsaker
- Antall personer som ledes direkte videre til andre tilbud etter første samtale
- Antall barn, unge under 18 år og deres familier som har fått oppfølging ved frisklivssentralen*
- Antall personer over 67 år som har fått oppfølging ved frisklivssentralen*
- Antall personer med annen kulturell og språklig bakgrunn enn norsk som har fått oppfølging ved frisklivssentralen*
- Antall oppfølgingsperioder pr person
- Antall personer som deltar i fysisk aktivitetsgrupper*
- Antall personer som har fått snus- og røykesluttveiledning (individuell eller i gruppe)*
- Antall personer som har deltatt på Bra mat kurs*
- Antall personer som har deltatt på KiD og KiB*
- Antall personer som har deltatt på søvnkurs*
- Antall personer som ledes videre til andre lokale tilbud etter avsluttet oppfølgingsperiode
- Endringer i skole- eller arbeidsdeltakelse
- Endringer i fysisk form
- Endringer i fysisk aktivitetsnivå
- Endringer i stillesitting eller tid i ro
- Endringer i snus- og røykevaner
- Endringer i kostholdet
- Endringer i selvopplevd helse og livskvalitet
- Endringer i medisinbruk
- Endringer i bruk av og behov for andre helsetjenester

* en person/familie registreres kun en gang pr år

Helsedirektoratet har utarbeidet kartleggingskjemaer for bruk ved frisklivssentralen. Disse er tilgjengelig på helsedirektoratet.no. Frisklivssentralens tilbud og kravene til kvalitet og innhold er beskrevet i kapittel 3.

Utviklingsentraler

For å styrke kompetanse, kvalitets- og utviklingsarbeid i frisklivssentralene, etablerte Helsedirektoratet i 2014 en ordning der fem frisklivssentraler er utviklingsentraler. Dette er frisklivssentraler som er godt forankret i egen kommune og har lang erfaring. De er samarbeidspartnere for Helsedirektoratet, fylkesmennene og fylkeskommunene. De bidrar blant annet til nettverksbygging og erfaringsutveksling og tilbyr hospitering. Utviklingsentralene kan være en viktig ressurs for kommuner som er i ferd med å etablere frisklivssentraler, og har i felleskap ansvar for driften av Idébank for frisklivssentraler. Mer informasjon om utviklingsentralene finnes på helsedirektoratet.no.

6 LOVERK OG STYRINGSdokumenter

Kommunens helsefremmende og forebyggende ansvar og oppgaver er hjemlet i lovverk og sentrale styringsdokumenter. I dette kapitlet presenteres de mest sentrale og relevante føringene for etablering og drift av frisklivssentraler.

6.1 Lover og forskrifter

6.1.1 Helse- og omsorgstjenesteloven

Kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenesten er regulert i [Lov om kommunale helse og omsorgstjenester](#) (1). I ytelsen av helse og omsorgstjenester skal kommunen fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer, (jf. § 3-3). Dette skal blant annet skje ved opplysning, råd og veiledning. For å oppfylle dette ansvaret har kommunene plikt til å tilby helsefremmende og forebyggende tjenester (§ 3-1). Kommunen kan, innenfor de rammer lov og forskrift setter, selv velge hvordan den vil organisere tjenesten ut fra lokale behov. Frisklivssentraler er en anbefalt måte å organisere slike helsetjenester på.

6.1.2 Spesialisthelsetjenesteloven

En av sykehusenes lovpålagte oppgaver er opplæring av pasienter og pårørende. Spesialisthelsetjenesten har også veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten, jf. [spesialisthelsetjenesteloven](#) § 6-3 (203).

Veiledningsplikten kan bidra til å sikre at nødvendig kunnskap og informasjon blir overført til ansatte ved frisklivssentralene. De lovpålagte samarbeidsavtalene (jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e) er viktige verktøy for å avklare behov og hvordan veiledningsplikten bør gjennomføres.

6.1.3 Folkehelseloven

Kommunen er iht. § 5 i [Folkehelseloven](#) (4) pålagt å ha oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorene som kan virke inn på denne. Oversikten skal blant annet være basert på kunnskap fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens folkehelseutfordringer (jf. § 7) og legge til rette for samarbeid med frivillig sektor (jf. § 4). Dette kan blant annet omfatte tiltak knyttet til oppvekst- og levekårsforhold som bolig, utdanning, arbeid og inntekt, fysiske og sosiale miljøer, fysisk aktivitet, ernæring, skader og ulykker, tobakksbruk og alkohol- og annen rusmiddelbruk. Videre skal kommunen gi informasjon, råd og veiledning om hva den enkelte selv og befolkningen kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom (jf. § 7).

Det er rådmannen som har overordnet ansvar for kommunens folkehelsearbeid. Systematisk folkehelsearbeid er kjennetegnet av et bredt, tverrsektorielt arbeid som er forankret i politiske vedtak og planverk. Kommunene anbefales å ha folkehelsekoordinator som er organisatorisk forankret på sektorovergripende nivå og som kan koordinere det tverrsektorielle folkehelsearbeidet. Kommuner med en slik organisering ser ut til å lykkes bedre med forankring av det tverrsektorielle folkehelsearbeidet (73). Hensikten er å sikre systematikk og kontinuitet i folkehelsearbeidet på tvers av sektorer, i kommuneorganisasjonen generelt og i lokalsamfunnet for øvrig.

Det anbefales å etablere strukturer for samarbeid mellom frisklivssentralen og folkehelsekoordinator. Helsetjenesten har på lik linje med andre sektorer ansvar for å bidra i det tverrsektorielle arbeidet. Frisklivssentralen er en helsetjeneste som bidrar til å oppfylle kommunens plikter når det gjelder oversiktsarbeid, samarbeid med frivillig sektor, tiltak overfor risikogrupper samt informasjon og veiledning til befolkningen, og er dermed en viktig aktør i kommunens folkehelsearbeid. Se også kapittel 5.4.

6.1.4 Plan og bygningsloven

[Plan- og bygningsloven](#) (6) er kommunens verktøy for en samlet og helhetlig samfunnsplanlegging, og en viktig lov i folkehelsearbeidet. Kommunen skal fastsette overordnede mål og strategier som er egnet til å møte de utfordringene kommunen står ovenfor. Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer etter Folkehelseloven § 5 er derfor et viktig grunnlag for planlegging. Det er nasjonale forventninger til regional og kommunal planlegging (11). Frisklivssentralens kunnskap om risikofaktorer, målgrupper og lokale tilbud er viktige bidrag i kommunalt planarbeid.

6.2 Styringsdokumenter

6.2.1 Samhandlingsreformen og Nasjonal helse og omsorgsplan

[St.meld. nr. 47 \(2008-2009\) Samhandlingsreformen](#) (72) har som mål å styrke det tverrsektorielle folkehelsearbeidet, øke den helsefremmende og forebyggende innsatsen og styrke de forebyggende helsetjenestene i kommunen (72).

Samhandlingsreformen (72) trekker fram tre hovedutfordringer for helse- og omsorgstjenesten:

- Pasientenes behov for koordinerte tjenester dekkes ikke godt nok.
- Det gjøres for lite for å begrense og forebygge sykdom.
- Den demografiske utviklingen og endringene i sykdomsbildet vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne.

Frisklivssentraler møter disse utfordringene og beskrives i [Meld. St. 16 \(2010-2011\) Nasjonal helse og omsorgsplan 2011-2015](#) (91) som et viktig tiltak for å nå målene om å forebygge mer og bedre.

6.2.2 Morgendagens omsorg

I [St.meld.nr. 29. Morgendagens omsorg \(2013\)](#) (75) er ett av hovedmålene å utvikle en ny kommunerolle, slik at kommunene i større grad enn i dag kan oppfylle ambisjonene om forebygging og innsats tidlig i sykdomsforløpet. Meldingen vektlegger økt støtte til pasienters egenmestring, økt satsing på forebyggende og helsefremmende tiltak, samt utbygging av lavterskeltilbud og nye kommunale tilbud både før, istedenfor og etter sykehusinnleggelse. Det innebærer at tjenestene i større grad må legge vekt på aktiv omsorg, forebygging og rehabilitering, økt brukerinnflytelse, koordinerte behandlingsforløp og forpliktende samarbeidsavtaler mellom kommuner og sykehus.

6.2.3 NCD-strategien

[NCD-strategiens \(2013-2017\)](#) (76) mål er reduksjon i forekomst og for tidlig død av ikke-smittsomme sykdommer. Det største potensialet for å nå dette målet ligger i forebyggende tiltak. Både tiltak som tar sikte på å nå alle uavhengig av risiko, og tiltak som retter seg mot personer som allerede er i risiko for eller har utviklet sykdom, vil være nødvendig. Tiltak rettet mot tobakksbruk, usunt kosthold, fysisk inaktivitet og skadelig alkoholbruk defineres av WHO som spesielt virkningsfulle og kostnadseffektive. Strategien viser til behovet for god tilgang til lavterskeltilbud og støtte til endring av levevaner til risikogruppene.

6.2.4 Nasjonal kreftstrategi

Et av hovedmålene i nasjonal kreftstrategi er at Norge skal bli et foregangsland innen kreftforebygging. Å stimulere til etablering av frisklivssentraler og å sikre god kompetanse både hos helsepersonell og i befolkningen om forebygging og levevaner, er viktige delmål (204).

6.2.5 Nasjonal strategi for tobakksforebygging

Den nasjonale tobakksstrategien for arbeidet mot tobakksskader i perioden 2013-2016 har sin visjon som tittel; [En fremtid uten tobakk](#) (205). For å oppnå dette er det satt mål for regjeringens arbeid mot tobakksskader:

1. Unngå at unge begynner å røyke og snuse
2. Motivere og tilby hjelp til snus- og røykeslutt
3. Beskytte befolkningen og samfunnet mot tobakksskadene

Ett av virkemidlene for å nå målene er å sikre et godt faglig og systematisk tilbud om hjelp til tobakksavvenning. Snus- og røykesluttveiledning på frisklivssentralen bidrar til økt tilgjengelighet på kvalitetssikrede tilbud lokalt.

6.2.6 Nasjonal helse- og sykehusplan

[Nasjonal helse- og sykehusplan \(2016-2019\)](#) (177) er en del av regjeringens arbeid for å skape pasientens helsetjeneste. Planen skal sikre at pasienten får den beste behandlingen av kompetent personell uavhengig av bosted. Forebyggende og helsefremmende helsetilbud skal være en integrert del av behandlingsopplegget for den enkelte pasient. Frisklivssentralen har spesiell kompetanse når det gjelder levevaner og endring. Samarbeid og kompetanseutveksling kan styrke helhetlige tjenester og forløp og bidra til å oppfylle planen.

6.2.7 Folkehelsemeldingene

[Meld. st. 34 Folkehelsemeldingen God helse - felles ansvar \(2012-2013\)](#) (74) viser til økende levealder, endringer i sykdomsbildet og sosiale forskjeller i helse som de store helseutfordringene i det 21. århundre. I meldingen understrekes behovet for tilgang på gode helsetjenester, og at disse skal være likeverdige og rettferdig fordelt. Frisklivssentralens tilbud trekkes fram som et viktig element i utviklingen av framtidens helsetjeneste i tråd med samhandlingsreformens mål om mer forebygging og tidlig innsats.

[Meld. St. 19 Folkehelsemeldingen, Mestring og muligheter \(2015-2016\)](#) (73) bygger videre på stortingsmeldingen fra 2013. Psykisk helse skal integreres bedre i folkehelsearbeidet, arbeidet med livsstilsendring skal få en ny og mer positiv vinkling og det skal utvikles en moderne eldrepolitikk med vekt på aktivitet og deltakelse. Meldingen peker på behovet for å styrke helsefremmende og forebyggende arbeid på tvers av sektorer, behovet for mer vekt på psykisk helse og forebygging i helse- og omsorgstjenesten.

6.2.8 Primærhelsemeldingen

[Primærhelsemeldingen Fremtidens helsetjeneste – nærhet og helhet](#) (69) vektlegger behovet for økt fokus på forebygging og tidlig innsats. Intensjonene i samhandlingsreformen videreføres, med mål om koordinerte og helhetlige tjenester og pasientforløp, økt brukermedvirkning og flere tjenester der brukerne bor. Det understrekes at de kommunale helse- og omsorgstjenestene i fremtiden må være tilgjengelige, slik at problemer kan forebygges og avklares før de vokser seg større. Målet er å bidra til mestring, god opplæring og systematisk oppfølging i samråd med brukerne. Tjenesten skal fungere godt, for de med god helse og behov for enkle konsultasjoner, for de med kroniske helseutfordringer

og behov for mer oppfølging over tid, og for de med sammensatte behov, nedsatt funksjonsevne og behov for spesielt tilrettelagte tjenester.

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten må innrettes slik at målene kan nås gjennom mer vekt på teamarbeid i forebyggende tjenester, opplæring, aktiv oppfølging og gode pasientforløp. I meldingen framheves det at god sykdomsmestring forutsetter at pasienter og pårørende har tilstrekkelige kunnskap og praktiske ferdigheter til å endre livsstil i tråd med egne mål. Imidlertid er dagens kommunale tilbud mangelfullt.

Frisklivssentralene trekkes fram som et godt, lett tilgjengelig helsefremmende og forebyggende tiltak som kan virke sosialt utjevnende. Frisklivssentralen samarbeider med og utfyller andre tjenester. Deltakelse kan bidra til at voksne bevarer tilknytning til arbeidslivet lenger. Det egner seg også for personer med sammensatte helseutfordringer, eldre, innvandrere og mennesker med lettere psykiske plager. Frisklivssentraler er en aktuell form for brukeropplæring.

6.2.9 Likeverdige helse- og omsorgstjenester

Likeverdige helsetjenester - Nasjonal strategi om innvandreres helse (81) legger til rette for økt kompetanse om innvandrers grupper spesielle helseutfordringer, og om kulturelle og språklige utfordringer som opptrer i møtet mellom pasienter med innvandrerbakgrunn og helse- og omsorgstjenesten.

Innvandrers grupper er overrepresentert i lavinntektsgrupper og har statistisk sett lavere sysselsetting enn befolkningen for øvrig. Dette kan slå negativt ut for innvandrernes helse. I enkelte innvandrers grupper er det påvist større forekomst av sykdommer som type 2-diabetes, overvekt og hjertekarsykdommer. Fysisk aktivitet, et sunt kosthold og tobakksfrihet har en positiv effekt på disse sykdommene (81).

Mange frisklivssentraler har tilpasset og tilrettelagt sine tilbud slik at det blir enklere for brukere med innvandrerbakgrunn å delta.

6.2.10 Friluftsliv - natur som kilde til helse og livskvalitet

Et hovedmål i [Stortingsmeldingen om Friluftsliv](#) (207) er å få flere til å bruke naturen oftere, samt at nye grupper skal få naturopplevelser og delta i friluftslivsaktiviteter. Frisklivssentralene benytter i stor grad uteområder i gjennomføring av gruppetilbud og fysisk aktivitet, og samarbeider med ulike friluftsansjoner lokalt. Friluftsliv kan praktiseres av alle aldersgrupper, uansett sosial og kulturell bakgrunn og kan være særlig aktuelt etter avsluttet tilbud ved frisklivssentralen(207).

6.3 Aktuelle retningslinjer og veiledere

Det er gitt ut flere nasjonale veiledere og faglige retningslinjer for helsepersonell som omfatter forebygging av sykdom gjennom endring av levevaner. Frisklivssentralen skal følge aktuelle faglige retningslinjer og veiledere og kan bidra til å gjennomføre flere av de anbefalte forebyggende tiltakene. Oversikten er ikke uttømmende.

- [Nasjonal faglig retningslinje for røykeavvenning](#) (208)
- [Nasjonal faglig retningslinje for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne](#) (31)
- [Nasjonal faglig retningslinje for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge](#) (34)
- [Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag](#) (33)
- [Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten](#) (36)

- [Nasjonal faglig retningslinje for individuell primærforebygging av hjerte- og karsykdommer \(37\)](#)
- [Nasjonal faglig retningslinje - diabetes \(35\)](#)
- [Nasjonal faglig retningslinje og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging av personer med kols \(32\)](#)
- [Nasjonal plan for selvhjelp 2014-2018 \(190\)](#)
- [Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator \(184\)](#)
- [Fra bekymring til handling - En veileder om tidlig intervensjon på rusområdet \(209\)](#)
- [Kosthåndboken – veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten \(47\)](#)
- [Aktivitetshåndboken – fysisk aktivitet i forebygging og behandling \(30\)](#)
- [Veileder til Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten \(187\)](#)
- [Barn og unge med habiliteringsbehov – Samarbeid mellom helse- og omsorgssektoren og utdanningssektoren om barn og unge som trenger samordnet bistand \(210\)](#)
- [Retningslinjer for mat og måltider i barnehagen \(211\)](#)
- [Nasjonal faglig retningslinje for mat og måltider i skolen \(212\)](#)
- [Veileder for helsetjenestetilbudet til asylsøkere, innvandrere og familiegjenforente](#)
- [Veileder i bruk av sosiale medier i helse-, omsorgs- og sosialsektoren \(191\)](#)

7 SENTRALE BEGREPER

Brukermedvirkning

Brukere er personer som mottar tjenester direkte eller blir berørt av tjenestene indirekte som pårørende eller barn. Brukermedvirkning innebærer «*aktiv deltagelse fra brukere, bruker-representanter eller potensielle brukere, i planlegging, overvåkning og utvikling av helsetilbud og deltakelse i avgjørelser som gjelder egen behandling og oppfølging*» (213;214).

Brukermedvirkning omfatter den enkeltes rettigheter og muligheter til å påvirke og få reell innflytelse på sitt tilbud (180). Det innebærer at brukere og potensielle brukere inviteres til å bidra i:

1. beslutninger om egen helse (individnivå)
2. utforming av tjenester og tilbud (tjenestenivå)
3. prioriterings-, styrings-, kvalitets-, forsknings- og utviklingsarbeid som har allmenn betydning (181) (systemnivå)

Ved medvirkning på tjeneste- og systemnivå skal brukere/brukerorganisasjoner representere brukerperspektivet, utover sin egen sak (180;181).

Folkehelsearbeid

Folkehelsearbeid er samfunnets totale innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade og lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeider for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helse (4). Folkehelsearbeid innebærer både helsefremmende og forebyggende innsats (215).

Folkehelseprofil

Folkehelseinstituttet har utarbeidet verktøy, [Folkehelseprofil](#) og [Kommunehelsa statistikkbank](#), som bidrar til oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer i kommunen. Disse oversiktene er et viktig grunnlag for prioritering og utvikling av kommunale tjenester og tilbud. Se også Helse- direktoratets [veivisere til lokalt folkehelsearbeid](#).

Forebyggende arbeid

Forebyggende arbeid kan beskrives ut fra hvor mange og hvem tiltakene retter seg mot (132):

- *Universell forebygging* er tiltak rettet mot alle. Dette innebærer at man konsentrerer innsatsen om å fremme en positiv utvikling som kan gi alle maksimal beskyttelse. Både det helsefremmende og det sykdomsforebyggende arbeidet kan inngå som en del av det universelle forebyggende arbeidet.
- *Selektiv forebygging* er tiltak som bare rettes mot risikogrupper i befolkningen. Ett av hovedmålene med selektiv forebygging er å hindre negativ utvikling i grupper med antatt høy eksponering for én eller flere risikofaktorer.
- Ved *indikativ forebygging* er intervensjonene rettet mot personer som viser tegn til å utvikle en sykdom/lidelse, men som ikke oppfyller diagnostiske kriterier for en lidelse (132).

Frisklivssentraler konsentrerer seg i hovedsak om selektiv og indikativ forebygging, men bidrar også til universell forebygging. Universell forebygging skjer blant annet gjennom frisklivssentralenes bidrag til oversiktsarbeid, informasjon om hva den enkelte og befolkningen kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom og ved å avdekke behov for, samt stimulere til tiltak i andre sektorer.

En annen måte å beskrive forebyggende arbeid på er i ulike nivåer (216):

- *Primærforebygging* innebærer å styrke helsen og hindre at det oppstår sykdom, skade eller lyte.
- *Sekundærforebygging* handler om å stanse sykdomsutvikling og/eller hindre tilbakefall.
- *Tertiærforebygging* innebærer å hindre forverring og sikre best mulig mestring og liv med den helsesvikten som foreligger (216).

Frisklivssentraler arbeider med alle disse tre formene for forebygging, og deltakelse i frisklivssentralens tilbud kan ha forebyggende effekt på flere nivåer. For eksempel kan tilbud som i utgangspunktet har som mål å hindre forverring av funksjonssvikt, samtidig bidra til å forebygge sykdomsutvikling og tilbakefall, og forebygge andre helseplager og lidelser.

Frisklivssentral

Frisklivssentralen er en kommunal helsefremmende og forebyggende helsetjeneste med tilbud om hjelp til å endre levevaner og mestre helseutfordringer. Basistilbudet omfatter støtte til fysisk aktivitet, kosthold og snus- og røykeslutt. Frisklivssentralen kan også gi veiledning og tilbud ved utfordringer knyttet til psykiske belastninger og søvn, samt risikofylt alkoholbruk. Frisklivssentralen skal være en samarbeidspartner i kommunens folkehelsearbeid.

Målgruppen for frisklivssentralen er personer i alle aldre som har økt risiko for, eller allerede har utviklet sykdom og som har behov for hjelp til å endre levevaner og mestre helseutfordringer.

Frisklivsresept

Frisklivsresept er en *henvisningsblankett* som gir tilgang til et strukturert, tilpasset og tidsavgrenset individ- og grupperettet tilbud ved frisklivssentralen.

Habilitering og rehabilitering

Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientens og brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet jf. Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuellplan og koordinator (217) Kapittel 2 § 3.

Tilbud ved frisklivssentralen kan for mange pasienter og brukere være sentrale elementer i habiliterings- og rehabiliteringsprosesser (176).

Helhetlige, koordinerte helsetjenester og pasientforløp

Tilbud i helseforetak og kommuner skal tilsammen utfylle hverandre slik at brukeren opplever helhetlige, sammenhengende og koordinerte tjenester. Samhandling og koordinering må binde tjenestene sammen (184). Helhetlige pasientforløp beskriver forløpet fra en person får behov for helsehjelp og til vedkommende er tilbake i en avklart og stabilisert situasjon, med nødvendig oppfølging (218). Formålet med pasientforløp er særlig å forhindre uønskede tidsavbrudd mellom ulike aktørers oppgave- og ansvarsområder i tjenestekjeden.

Helse og livskvalitet

Helse og livskvalitet er komplementære begrep som overlapper hverandre. Livskvalitet omfatter mer enn helse og kan forstås som folks subjektive vurderinger av tilfredshet med livet, at grunnleggende behov er tilfredsstilt og at man har mulighet for vekst, utvikling og selvrealisering (215). Helse er viktig for livskvalitet, og livskvalitet påvirker helse (215;219). Well-being er et begrep som brukes om livskvalitet og livstilfredshet (220).

Helse kan betraktes både som fravær av sykdom, som ressurs og som velbefinnende. Den folkelige oppfatningen av hva helse er, ser ut til å ha i seg alle disse forståelsene og har med hele livet å gjøre. Helsen er individuell, skapt i samspill med andre (221). Det folkelige helsebegrepet ligger nært forståelsen av livskvalitet.

I et helsefremmende perspektiv betraktes helse som noe positivt, og en ressurs for dagliglivet (82). Helse innebærer en balanse mellom mentale, sosiale og fysiske ressurser. Både individet selv, samfunnet og samspillet mellom dem påvirker denne balansen. Sykdom kan betraktes som en naturlig del av livet, og vi har ressurser i oss til å fremme helse og takle stress på tross av sykdom, sorg og smerte (222;223). Helse er relativt og kan forstås som et kontinuum der man kan bevege seg i retning av mer eller mindre helse og velvære eller uhelse og lidelse. Dette er en helseforståelse som gjør at mennesker kan oppleve å ha god helse til tross for sykdom (223). Helse definert som over skudd i forhold hverdagens krav og styrke og motstandskraft i møte med påkjenninger (215;222;224), er i tråd med denne helseforståelsen. Det gir muligheter til både å ha fokus på å fremme ressurser for helse, forebygge sykdom og plager, behandle sykdom og å lære å leve med helseutfordringer (224).

Helsefremmende arbeid

World Health Organisation (WHO) definerer helsefremmende arbeid som en prosess som setter folk i stand til å øke kontroll over og bedre sin helse (82;219). Ottawacharteret (82) inneholder fem strategiske innsatsområder for helsefremmende arbeid både på individ-, organisasjons- og samfunnsnivå:

1. Bygge en helsefremmende politikk
2. Skape støttende miljøer for helse og utvikling
3. Styrke lokalsamfunns muligheter for kontroll over egen fremtid
4. Reorientere helsetjenesten mot helsefremmende arbeid
5. Utvikle personlige ferdigheter, kunnskap og ressurser som setter folk i stand til å gjøre valg som fremmer helsen.

Å gi støtte til å endre vaner og mestre sykdom og funksjonssvikt, er sentralt i helsefremmende arbeid (222).

Helsepedagogikk

Helsepedagogikk handler om å forstå hva som fremmer læring og hva som kan være til hinder for læring hos pasienter, brukere og pårørende og å anvende pedagogiske prinsipper og verktøy for å fremme læring, mestring og helse (225).

Helsesamtale

Helsesamtalen er en strukturert, individuell samtale om levevaner og helse. Hensikten er å hjelpe brukeren til å beskrive egne grunner til å endre atferd, sette realistiske mål og reflektere over egen situasjon og erfaringer underveis i endringsprosessen. Helsesamtalen bygger på prinsipper fra motiverende intervju (MI). Oppmerksomheten rettes mot brukerens ressurser og hva som fremmer god mestring og helse.

Ikke-smittsomme sykdommer (NCD)

WHO (76) har definert ikke-smittsomme sykdommer (NCD) som hjerte- og karsykdommer, kreft, kroniske lungesykdommer og diabetes. De viktigste felles underliggende risikofaktorer er bruk av tobakk, usunt kosthold, fysisk inaktivitet og skadelig bruk av alkohol.

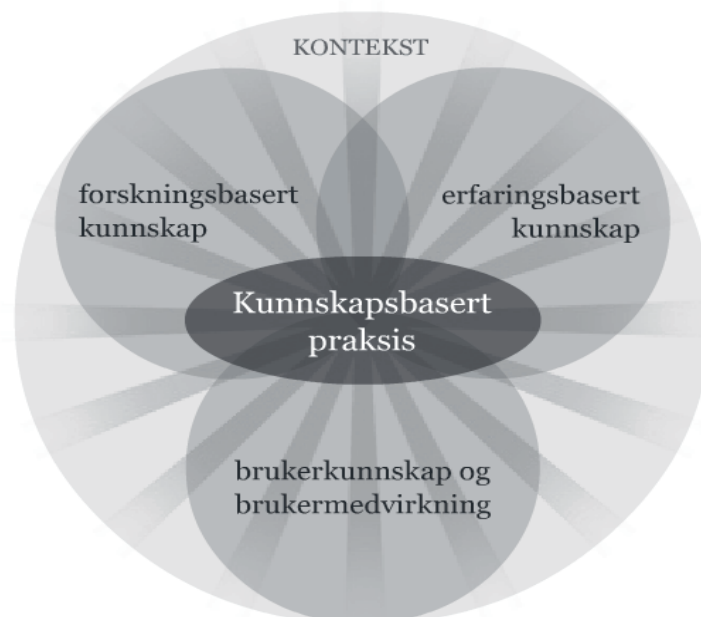
Kognitiv atferdsterapi

Kognitiv atferdsterapi er en psykologisk behandlingsmetode som retter seg mot problemløsning og innsikt i sammenhengen mellom tenkning, handlinger og følelser. Man er særlig opptatt av hvordan tanker kan påvirke hva vi kjenner i kroppen, hvordan vi føler oss og hvilke handlinger vi foretar oss. Et viktig mål i terapien er å bryte selvforsterkende onde sirkler som opprettholder psykiske helseproblemer. Det gjøres ved kartlegging av vanskelige situasjoner, utforming av aktiviteter som gir selvtillit og energi, utforsking og eventuelt endring av negative tankemønstre, stimulering til økt sosial kontakt og forebygging av tilbakefall (28;226).

Kognitiv tilnærming kan med fordel brukes i kombinasjon med MI. Det kan være et nyttig supplement i samtaler om endring. Refleksjoner og kunnskap om hvordan tanker påvirker følelser og atferd, kan hjelpe brukeren til å bli oppmerksom på hvilke mentale forhold som påvirker mulighetene for endring. Atferdsendring kan også påvirke tanker, følelser og holdninger. Bevisstgjøring av automatiske, negative eller selvsaboterende tanker kan, sammen med positive selvinstruksjoner og aksept av egne tanker, bidra til økt innsikt og motstandskraft i møte med utfordringer underveis i endringsprosessen.

Kunnskapsbasert praksis

Kunnskapsbasert praksis (KBP) er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap fra praksis og brukernes kunnskap, ønsker og behov i en gitt situasjon. Kunnskapsbasert praksis skal styrke beslutningsgrunnlaget til dem som jobber i helse- og sosialsektoren, og bevisstgjøre dem på hvor de henter sin kunnskap fra (227). Målet er å bedre kvaliteten på tjenestene og yte en best mulig helsetjeneste til brukerne. Se også www.kunnskapsbasertpraksis.no.



www.kunnskapsbasertpraksis.no

Levevaner

Med levevaner menes i denne sammenheng vaner som har betydning for den enkeltes helse, hovedsakelig fysisk aktivitet, kosthold, søvn og bruk av tobakk og alkohol.

Likemannsarbeid

Med likemannsarbeid, eller likepersonsarbeid, menes samhandling mellom personer som opplever å være i samme livssituasjon og hvor selve samhandlingen har som mål å være til støtte i veiledning partene imellom (228).

Likeverdige helsetjenester

Likeverdige helsetjenester betyr at alle skal ha lik tilgang til gode offentlige tjenester. Kvaliteten på tjenestene skal være like bra for alle uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, fødeland, etnisitet og den enkeltes livssituasjon, og sluttresultatet like godt for alle (229). Et likeverdig tilbud innebærer at hver enkelt må behandles ut fra sine behov. Dette gjelder både i spesialisthelsetjenesten, den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i tannhelsetjenesten (230). Noen vil ha behov for, og rett til tolk, for å få et likeverdig tilbud med resten av befolkningen.

Lærings- og mestringstilbud

Helseforetak og kommuner skal sikre tilbud som bidrar til læring og mestring (2). Opplæring av pasienter og pårørende er en lovpålagt oppgave for helseforetakene jf. spesialisthelsetjenesteloven (203) § 3-8, pkt. 4, og forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (217) § 13, pkt. c. Kommunale lærings- og mestringstilbud, herunder tilbud i frisklivssentraler, er en del av sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering. Læring og mestring omfatter alt fra individuell pasient- og pårørendeopplæring til gruppetilbud og likemannsarbeid (231).

Formålet med lærings- og mestringstilbud er at pasienter, brukere og pårørende skal:

- Få informasjon, kunnskap og bistand til å håndtere sykdom og helseforandringer.
- Forebygge eller hindre utvikling av sykdom og funksjonsnedsettelse.
- Gi støtte til endring av levevaner for å fremme fysisk og psykisk helse.
- Understøtte pasient og brukers egen læringsprosess (231).

Motiverende intervju (MI)

MI er en målrettet, empatisk og personsentrert samtalem metode. Metoden kan benyttes i alle samtaler om endring, individuelt og i grupper, uavhengig av tema. Målet er å øke deltakerens bevissthet om egen situasjon og motivasjon for å endre atferd. Veileder styrer samtalen ved å stille spørsmål som utforsker og styrker personens ønske om endring. Empati og respekt for deltakerens selvbestemmelse og egne valg er sentrale verdier. Endring skal skje på deltakerens vilkår. Metoden har vist seg å ha god effekt i arbeidet med å endre levevaner, og som mer effektiv enn tradisjonell rådgivning (25-27).

Muskel-skjelettplager

Muskel-skjelettplager er skade, sykdom og smerter i kroppens bevegelsesapparat. Ofte er det ikke mulig å stille spesifikke diagnoser på slike plager. De fleste som har plager fra muskel- og skjelett-systemet har plager fra flere områder og ofte mange symptomer fra andre organer og kroppsdeler (154).

Psykiske plager og lidelser

Psykiske plager er tilstander som oppleves som belastende, men som ikke tilfredsstiller diagnosekriterier. De vanligste er lettere angst- og depresjonsplager. Plagene vil, avhengig av type og omfang av symptomer, i ulik grad påvirke daglig fungering i forhold til mestring, trivsel og relasjon til andre mennesker.

Psykiske lidelser brukes når bestemte diagnostiske kriterier er oppfylt. Psykiske lidelser omfatter alt fra enkle fobier og lettere angst- og depresjonslidelser, til omfattende og alvorlige tilstander som schizofreni. Felles for alle psykiske lidelser er at de påvirker tanker, følelser, atferd, væremåte og omgang med andre. Ofte, men ikke alltid, medfører psykiske lidelser høyere belastning enn psykiske plager (132;232).

Sammensatte helseutfordringer

Med sammensatte helseutfordringer menes at en person har mer enn en fysisk eller psykisk helseplage eller lidelse samtidig.

Selvorganisert selvhjelp

Selvorganisert selvhjelp handler om å ta aktivt ansvar for egen livssituasjon. Arbeidet drives på initiativ fra menneskene det gjelder, og selvorganiserte selvhjelpsgrupper drives av mennesker som har et problem. En selvhjelpsgruppe er et verksted der mennesker kan aktivere sine iboende ressurser sammen med andre innenfor trygge rammer. Selvorganisert selvhjelp handler om å styrke enkeltmenneskers evne og mulighet til å delta i sin egen endringsprosess. Selvorganisert selvhjelp er et verktøy for å oppnå økt mestring, slik at mennesker kan håndtere livet på en bedre måte (190).

Sosiale helseforskjeller

Sosiale helseforskjeller er forskjeller i helse som varierer systematisk med utdanningsnivå, yrkesgruppe eller inntektsnivå (233).

Tilbudet ved frisklivssentralen

Tilbudet ved frisklivssentralen er et tilpasset, strukturert og tidsavgrenset, individ- og grupperettet tilbud til personer som har behov for hjelp til å endre levevaner og mestre det å leve med sykdom og helseutfordringer. Tilbudet skal være generelt og diagnoseuavhengig og kan tilpasses ulike alders- og målgrupper.

Tverrfaglig arbeid

Tverrfaglig arbeid innebærer at flere yrkesgrupper med ulik faglig bakgrunn arbeider sammen mot et felles mål basert på egen og felles fagkunnskap. Tverrfaglig samarbeid er kompetansedeling for å løse felles oppgave som man ikke klarer å løse alene, og nødvendig for å ivareta helheten i oppfølging av brukere (234).

Tverrsektorielt arbeid

Med tverrsektorielt arbeid menes samarbeid på tvers av ulike sektorer eller etater (slik som miljø, helse, utdanning, samferdsel osv.), og samarbeid mellom frivillig, privat og offentlig sektor.

REFERANSER

1. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). LOV 2011-06-24 nr 30. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
2. Læring og mestring i helse- og omsorgstjenesten. I: Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator. rev. utg. Oslo: Helsedirektoratet; 2015. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/seksjon?Tittel=lering-og-mestring-i-6930>
3. Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator. rev. utg. Oslo: Helsedirektoratet; 2015. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>
4. Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven). LOV 2011-06-24 nr 29. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
5. Innbyggernes medvirkning i planprosesser [nettdokument]. Oslo: Regjeringen [oppdatert 30.6.2015; lest 21.4.2016]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommunereform/Verktoy/lokaldemokrati/kommunen-og-innbyggerne/innbyggernes-medvirkning-i-planprosesser/id2425535/>
6. Lov om planlegging og byggesaksbehandling (plan- og bygningsloven). LOV-2008-06-27-71. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-27-71>
7. Innovasjon i omsorg. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning; 2011. NOU 2011:11. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/5fd24706b-4474177bec0938582e3964a/no/pdfs/nou201120110011000dddpdfs.pdf>
8. Veivisere i lokale folkehelse tiltak [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 2016; lest 21.4.2016]. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/folkehelsearbeid-i-kommunen/veivisere-i-lokale-folkehelse tiltak>
9. Folkehelse i kommunen (folkehelseprofiler for kommuner og fylker) [nettside]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert 2016; lest 7.9.2016]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/hn/helse/>
10. Kommunehelse statistikkbank [database]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert 2015; lest 21.4.2016]. Tilgjengelig fra: <http://khs.fhi.no/webview/>
11. Nasjonale forventninger til regional og kommunal planlegging: vedtatt ved kongelig resolusjon 12. juni 2015. Oslo: Kommunal- og moderniseringsdepartementet; 2015. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/2f826bdf1ef342d5a917699e8432ca11/nasjonale_forventninger_bm_ny.pdf
12. Helse- og omsorgsdepartementet. Perspektiver i folkehelsearbeid og folkehelsepolitikk. Kap 4.2. I: Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) Prop 90 L (2010-2011). Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop-90-l-20102011/id638503/?q=&ch=1%20-%20KAP4-2#KAP4-2>
13. Følling IS, Solbjør M, Midthjell K, Kulseng B, Helvik AS. Exploring lifestyle and risk in preventing type 2 diabetes-a nested qualitative study of older participants in a lifestyle intervention program (VEND-RISK). BMC public health 2016;16(1):876.

14. Tveiten S, Boge K, red. Empowerment i helse, ledelse og pedagogikk: nye perspektiver. Oslo: Gyldendal; 2014.
15. Blom EE. "Trening på resept": evaluering av et kommunalt, tre måneders individuelt rettet oppfølgingsprogram for pasienter som er blitt henvist til "trening på resept" : en prospektiv intervensjonsstudie med ett års oppfølging [mastergrad]. Oslo: Norges idrettshøgskole; 2008.
16. Bratland-Sanda S, Lislevatn F, Lerdal A. Frisklivsresept: en tverrsnittsundersøkelse fra frisklivs-sentralen i Modum kommune. Fysioterapeuten 2014;81(3):18-24.
17. Gjennomføring av frisklivssamtalen. Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Documents/Frisklivssentraler/veiledning-til-gjennomforing-av-frisklivssamtalen.pdf>
18. Stroebe W. Social psychology and health. 3 utg. Maidenhead: Open University Press; 2011.
19. Følling IS, Solbjør M, Helvik AS. Previous experiences and emotional baggage as barriers to lifestyle change - a qualitative study of Norwegian Healthy Life Centre participants. BMC Fam Pract 2015;16:73.
20. Wester A, Wahlgren L, Wedman I, Ommundsen Y. Å bli fysisk aktiv. I: Bahr R, red. Aktivitets-håndboken: fysisk aktivitet i forebygging og behandling. Oslo: Helsedirektoratet; 2009. s. 84-102. IS-1550. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Documents/Publikasjonsvedlegg/IS-1592-aktivitetshandboken-kapittel-6-a-bli-fysisk-aktiv.pdf>
21. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. Am J Prev Med 1998;14(4):245-58.
22. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study [nettdokument]. Atlanta, GA: Centers for disease control and prevention [oppdatert 13.5.2014; lest 25.1.2016]. Tilgjengelig fra: <http://www.cdc.gov/violenceprevention/acestudy/>
23. Prescott P, Børtveit T. Helse og atferdsendring. Oslo: Gyldendal akademisk; 2004.
24. Espnes GA, Smedslund G. Helsepsykologi. Oslo: Gyldendal akademisk; 2009.
25. Burke BL, Arkowitz H, Menchola M. The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials. J Consult Clin Psychol 2003;71(5):843-61.
26. Heckman CJ, Egleston BL, Hofmann MT. Efficacy of motivational interviewing for smoking cessation: a systematic review and meta-analysis. Tob Control 2010;19(5):410-6.
27. Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. Br J Gen Pract 2005;55(513):305-12.
28. Barth T, Børtveit T, Prescott P. Motiverende intervju: samtaler om endring. Oslo: Gyldendal akademisk; 2013.
29. Fysisk aktivitet og helse: anbefalinger. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2000. IS-1011. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/717/Fysisk-aktivitet-og-helse-anbefalinger-IS-1011.pdf>
30. Bahr R, red. Aktivitetshåndboken: fysisk aktivitet i forebygging og behandling. Oslo: Helse-direktoratet; 2009. IS-1550. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/463/Aktivitetshandboken-IS-1592.pdf>

31. Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne: nasjonale retningslinjer for primærhelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet; 2011. IS-1735. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/390/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-utredning-og-behandling-av-overvekt-og-fedme-hos-voksne.pdf>
32. Kols: nasjonal faglig retningslinje og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging. Oslo: Helsedirektoratet; 2012. IS-2029. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/847/Nasjonal-faglig-retningslinje-og-veileder-for-forebygging-diagnostisering-og-oppf%C3%B8lging-IS-2029.pdf>
33. Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. IS-1688. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/55/IS-1688-Nasjonal-retningslinje-for-behandling-og-rehabilitering-ved-hjerneslag-fullversjon.pdf>
34. Nasjonale faglige retningslinjer for primærhelsetjenesten: forebygging og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. IS-1734. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/389/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-utredning-og-behandling-av-overvekt-og-fedme-hos-barn-og-unge.pdf>
35. Nasjonale faglige retningslinjer: diabetes: forebygging, diagnostikk og behandling. Oslo: Helsedirektoratet; 2009. IS-1674. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/415/Nasjonal-faglig-retningslinje-diabetes-fullversjon-IS1674.pdf>
36. Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. IS-1561. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/217/Nasjonale-retningslinjer-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon-IS-1561.pdf>
37. Retningslinjer for individuell primærforebygging av hjerte- og karsykdommer. Oslo: Helsedirektoratet; 2009. IS-1550. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/444/Nasjonal-retningslinje-for-individuell-primærforebygging-av-hjerte-og-karsykdommer-IS-1550.pdf>
38. Aktivitetsdagbok – for deg som vil komme i bedre form. Oslo: Helsedirektoratet; 2014. IS-0464. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/693/Aktivitetsdagbok-for-deg-som-vil-komme-i-bedre-form-IS-0464.pdf>
39. Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet. Oslo: Helsedirektoratet; 2014. IS-2170. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/806/Anbefalinger-om-kosthold-ernering-og-fysisk-aktivitet-IS-2170.pdf>
40. Anbefalinger fysisk aktivitet [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 1.11.2015; lest 21.1.2016]. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/fysisk-aktivitet/anbefalinger-fysisk-aktivitet>
41. Anbefalinger om å redusere stillesitting [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 1.11.2015; lest 21.1.2016]. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/fysisk-aktivitet/anbefalinger-om-a-reducere-stillesitting>
42. Statistikk om fysisk aktivitetsnivå og stillesitting [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 17.6.2016; lest 1.9.2016]. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/fysisk-aktivitet/statistikk-om-fysisk-aktivitetsniva-og-stillesitting>
43. Strategier og tiltak for å øke fysisk aktivitet i samfunnet [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 17.6.2016; lest 1.9.2016]. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/fysisk-aktivitet/strategier-og-tiltak-for-a-oke-fysisk-aktivitet-i-samfunnet>

44. Kurslederkurs, kurs og materiell til bruk i frisklivssentraler [nettdokument]. Oslo: Helse- direktoratet [oppdatert 13.6.2016; lest 7.9.2016]. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/frisklivssentraler/kurslederkurs-kurs-og-materiell-til-bruk-i-frisklivssentraler>
45. Kostholdsrad [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 5.12.2011; lest 19.03.2013]. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/folkehelse/ernering/kostholdsrad/Sider/default.aspx>
46. Mortensen KH. Effektevaluering av "Bra mat for bedre helse": en kvasiexperimentell interven- sjonsstudie [mastergrad]. Oslo: Universitetet i Oslo; 2012.
47. Kosthåndboken: veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten. Oslo: Helse- direktoratet; 2012. IS-1972. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/51/Kosthaandboken-IS-1972.pdf>
48. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). LOV-1999-07-02-64. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
49. Utviklingen i norsk kosthold 2015. Oslo: Helsedirektoratet; 2015. IS-2382. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1021/Utviklingen-i-norsk-kosthold-2015-IS-2382.pdf>
50. Helsedirektoratets kostråd. Oslo: Helsedirektoratet; 2015. IS-2377. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1014/Helsedirektoratets%20kostr%C3%A5d%20IS-2377.pdf>
51. Kostholdsplanleggeren: et kostholdsverktøy fra Helsedirektoratet og Mattilsynet [nettside]. Oslo: Mattilsynet [oppdatert 2016; lest 1.9.2016]. Tilgjengelig fra: <https://www.kostholdsplanleggeren.no/>
52. Matvaretabellen [nettside]. Oslo: Mattilsynet [oppdatert 12.5.2016; lest 1.9.2016]. Tilgjengelig fra: <http://www.matvaretabellen.no/>
53. Matportalen.no [nettside]. Oslo: Mattilsynet [oppdatert 30.8.2016; lest 1.9.2016]. Tilgjengelig fra: <http://www.matportalen.no/>
54. Kroppsmasseindeks (KMI) og helse [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert 1.3.2015; lest 1.9.2016]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/fp/overvekt/kroppsmasseindeks-kmi-og-helse/>
55. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. A U.S. Public Health Service report. Am J Prev Med 2008;35(2):158-76.
56. How tobacco smoke causes disease: the biology and behavioural basis for smoking-attributable disease. a report of the Surgeon General. Rockville, MD: U.S. Department of health and human services; 2010. Tilgjengelig fra: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK53017/>
57. Brunnhuber K, Cummings KM, Feit S, Sherman S, Woodcock J. Putting evidence into practice: smoking cessation. [s.l.]: BMJ Publishing Group; 2007.
58. Snakk om snus- og røykeslutt: samtaleguide om individuell slutteveiledning for deg som jobber ved Frisklivssentralen. Oslo: Helsedirektoratet; 2013. IS-0406. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/315/Snakk-om-snus-og-roykeslutt-samtaleguide-for-individuell-slutteveiledning-IS-0406.pdf>

59. Tobakksfri: mal for snus- og røykesluttkurs for deg som jobber på frisklivssentralen Oslo: Helsedirektoratet; 2013. IS-0477. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/796/Tobakksfri-mal-for-snus-og-roykesluttkurs-for-deg-som%20jobber-pa-frisklivssentralen-IS-0477.pdf>
60. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). LOV-1999-07-02-63. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
61. Dalgard OS. Kurs i mestring av depresjon - en randomisert, kontrollert studie. Tidsskr Nor Legeforen 2004;124(23):3043-6.
62. Sælid GA, Czajkowski NO, Holte A, Tambs K, Aarø LE. Coping With Strain (CWS) course - its effects on depressive symptoms: A four-year longitudinal randomized controlled trial. Scand J Psychol 2016;57(4):321-7.
63. Major EF. Bedre føre var-: psykisk helse: helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2011. Rapport 2011:1. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/globalassets/migrering/dokumenter/pdf/rapport-20111-bedre-fore-var---psykisk-helse-helsefremmende-og-forebyggende-tiltak-og-anbefalinger-pdf.pdf>
64. Kühner C. Das Gruppenprogramm «Depression bewältigen» und seine Varianten - eine aktualisierte Metaanalyse. Verhaltenstherapie 2003;13(4):254-62.
65. Dalgard OS, Bøen H. Forebygging av depresjon med hovedvekt på individrettede metoder. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2007. Rapport 2008:1. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/globalassets/migrering/dokumenter/pdf/forebygging-av-depresjon-med-hovedvekt-pa-individrettede-metoder.pdf>
66. Enkle råd når livet er vanskelig. Oslo: Helsedirektoratet; 2011. IS-0250. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/94/Enkle-rad-nar-livet-er-vanskelig-IS-0250.pdf>
67. Søvn og søvnvansker [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 17.6.2016; lest 1.9.2016]. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Sider/S%C3%B8vn-og-s%C3%B8vnvansker.aspx>
68. Nasjonale faglige retningslinjer for veiing og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. IS-1736. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/236/Nasjonal-faglig-retningslinje-for-veiing-og-maling-IS-1736.pdf>
69. Helse- og omsorgsdepartementet. Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Meld. St. 26 (2014–2015). Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>
70. Ekornrud T, Thonstad M. Frisklivssentraler i kommunane: kartlegging og analyse av førebyggende og helsefremjende arbeid og tilbud. Oslo: SSB; 2016. Rapporter 2016/07. Tilgjengelig fra: http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/_attachment/256787?ts=15308376750
71. Omsorg 2020: regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2015. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340eda-f78a77e2f9cb7/omsorg_2020.pdf
72. Helse- og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted - til rett tid. St.meld. nr. 47 (2008-2009). Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

73. Helse- og omsorgsdepartementet. Folkehelsemeldingen: mestring og muligheter. Meld.St. 19 (2014-2015). Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/7fe0d990020b4e0fb-61f35e1e05c84fe/no/pdfs/stm201420150019000dddpdfs.pdf>
74. Helse- og omsorgsdepartementet. Folkehelsemeldingen: god helse - felles ansvar. Meld.St. 34 (2012-2013). Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/ce1343f7c56f4e74a-b2f631885f9e22e/no/pdfs/stm201220130034000dddpdfs.pdf>
75. Helse- og omsorgsdepartementet. Morgendagens omsorg. Meld.St. 29 (2012-2013). Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf>
76. NCD-strategi (2013 – 2017): for forebygging, diagnostisering, behandling og rehabilitering av fire ikke-smittsomme folkesykdommer; hjerte- og karsykdommer, diabetes, kols og kreft. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/e62aa5018afa4557ac5e9f5e7800891f/ncd_strategi_060913.pdf
77. Helsetilstanden i Norge [nettversjon av Folkehelse rapporten 2014]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert 11.3.2016; lest 21.4.2016]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/>
78. Demensplan 2020: et mer demensvennlig samfunn. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2015. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ff-b02a203da/demensplan_2020.pdf
79. Hansen BH, Steene-Johannessen J, Kolle E, Anderssen SA. Fysisk aktivitet blant eldre i Norge: kartleggingsundersøkelsen Kan2. [s.l.]: [s.n.]; 2015. Tilgjengelig fra: <http://seniorporten.no/wp-content/uploads/2015/03/Fysisk-aktivitet-blant-eldre-i-Norge.pdf>
80. Narum I, Bergland A. Forskningsbasert fallforebyggende arbeid i kommunene: en litteraturstudie. Oslo: Høyskolen i Oslo; 2010. Tilgjengelig fra: https://www.fredrikstad.kommune.no/Documents/virkomheter/omsorg-oppvekst/Glemmen-sykehjem/UTVIKLING%20GJEN-NOM%20KUNNSKAP/FALL%20I%20A%20gringsnettverk/Rapport%201%20Forskingsbasert%20fallforebyggende%20arbeid%20i%20kommunehelsetjenesten_%20en%20litteraturstudie.pdf
81. Likeverdige helse- og omsorgstjenester – god helse for alle: nasjonal strategi om innvandreres helse 2013-2017. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/2de7e9efa8d341cfb8787a71eb15e2db/likeverdige_tjenester.pdf
82. The Ottawa charter for health promotion: first international conference on health promotion, Ottawa, 21 November 1986. Geneva: World Health Organization; 1986. Tilgjengelig fra: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index.html>
83. Veileder om kommunikasjon via tolk: for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene. Oslo: Helsedirektoratet. IS-1924. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/242/Veileder%20om%20kommunikasjon%20via%20tolk%20for%20ledere%20og%20personell%20i%20helse%20og%20omsorgstjenesten%20fullversjon%20IS-1924.pdf>
84. Hvordan veilede gravide om sunne levevaner [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 6.11.2015; lest 26.1.2016]. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Sider/Hvordan-veilede-gravide-om-sunne-levewaner.aspx>
85. Josefsson A, Bø K. Graviditet. I: Bahr R, red. Aktivitetshåndboken: fysisk aktivitet i forebygging og behandling. Oslo: Helsedirektoratet; 2009. s. 154-61. IS-1550. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Documents/Publikasjonsvedlegg/IS-1592-aktivitetshandboken-kapitel-11-graviditet.pdf>

86. Gode levevaner før og i svangerskapet. Oslo: Helsedirektoratet; 2016. IS-2455. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/gode-levevaner-for-og-i-svangerskapet>
87. Abildsnes E, Meland E, Samdal GB, Stea TH, Mildestvedt T. Stakeholders' expectations of Healthy Life Centers: A focus group study. Scand J Public Health 2016;Jun 23:[Epub ahead of print].
88. Lovgrunnlaget for koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten I: Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator. rev. utg. Oslo: Helsedirektoratet; 2015. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/seksjon?Tittel=lovgrunnlaget-for-koordinerende-enhet-9196>
89. Selvhjelp Norge: nasjonalt kompetansesenter for selvorganisert selvhjelp [nettdokument]. Oslo: Selvhjelp Norge [oppdatert 2013; lest 19.3.2013]. Tilgjengelig fra: <http://selvhjelp.no/>
90. Sykdomsbyrde i Norge 1990-2013. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2016. Rapport 2016:1. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/globalassets/migrering/dokumenter/pdf/rapport-20161-pdf.pdf>
91. Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonal helse- og omsorgsplan: 2011-2015. Meld. St. 16 (2010-2011). Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/f17befe0cb4c48d68c-744bce3673413d/no/pdfs/stm201020110016000dddpdfs.pdf>
92. Bjørnerud AM, Holm I. Fysisk aktivitet på resept: tre års oppfølging av aktivitetsnivå og helse relatert livskvalitet [mastergrad]. Göteborg: Nordic School of Public Health NHV; 2014. Tilgjengelig fra: <http://norden.diva-portal.org/smash/get/diva2:778969/FULLTEXT01.pdf>
93. Helgerud J, Eithun G. Evaluering av fysisk aktivitet på resept i Nordland og Buskerud fylkeskommune. Hokksund: Hokksund rehabiliteringssenter; 2010. Tilgjengelig fra: http://www.hokksund-rehab.no/filarkiv/File/Forskningsartikler/Rapport_2010.pdf
94. Båtevik FO, Tønnesen A, Barstad J, Aarflot U. Ein resept å gå for?: evaluering av modellar for fysisk aktivitet, røykeslutt og sunt kosthald. Volda: Møreforskning Volda; 2008. Arbeidsrapport nr. 225. Tilgjengelig fra: http://www.moreforsk.no/download.aspx?object_id=9DD098C8705E4D2FB4B51865F180D745
95. Lerdal A, Celius EH, Pedersen G. Prescribed exercise: a prospective study of health-related quality of life and physical fitness among participants in an officially sponsored municipal physical training program. J Phys Act Health 2013;10(7):1016-23.
96. Bjurholt KF. Evaluering av norske frisklivssentraler: en prospektiv intervensjonsstudie. Trondheim: NTNU; 2014. Tilgjengelig fra: <http://frisklivssentralen.no/wp-content/uploads/2012/05/Bjurholt-Kristin1-2014.pdf>
97. Dybdahl C. Selvrapportert funksjonsevne hos deltakere på fysisk aktivitet på resept: en studie med spesiell referanse til Oppland fylke i perioden 2006 til 2009 [mastergrad]. Ås: Universitetet i Ås; 2014. Tilgjengelig fra: http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/217516/CarinaDybdahl_Masteroppgave150514.pdf?sequence=1
98. Loland M. Endring i helse relatert livskvalitet gjennom et ettårig kommunalt livsstilsendringstiltak. Fysioterapeuten 2014;81(2):20-5.
99. Hauge HCU. Faktorer som bidrar til fortsatt fysisk aktivitet etter deltagelse i Frisklivssentral: en kvalitativ studie [mastergrad]. Göteborg: Nordic Council of Ministers, Nordic School of Public Health NHV; 2014. MPH 2014:10. Tilgjengelig fra: <http://norden.diva-portal.org/smash/get/diva2:756949/FULLTEXT01.pdf>
100. Lie SS. Stor og sterk - evaluering av fysiologiske effekter av et livsstilsendingsprogram [mastergrad]. Stavanger: Universitetet i Stavanger; 2012.

101. Eliassen M, Arntzen C. Frisklivssentralen som utgangspunkt for varige livsstilsendringer - en kvalitativ studie [mastergrad]. Tromsø: UiT Norges arktiske universitet; 2014. Tilgjengelig fra: <http://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/6568/thesis.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
102. Anderberg GO. Ett år etter frisklivsresept: en kvalitativ studie om deltakerens opplevelse av endring [mastergrad]. Ås: Norwegian University of Life Sciences; 2014. Tilgjengelig fra: https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/217514/Gitte_O_Anderberg_Masteroppgave_150514.pdf?sequence=1&isAllowed=y
103. Andersen SL. Deltakeres opplevelser og erfaringer i tilknytning til røykesluttkurs i regi av frisklivssentraler [mastergrad]. Elverum: Høgskolen i Hedmark; 2014.
104. Dahl A-M. "Bra mat for bedre helse" kurs: en undersøkelse av deltakeres erfaringer [mastergrad]. Elverum: Høgskolen i Hedmark 2013. Tilgjengelig fra: <http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/132266/1/Dahl.pdf>
105. Kaurstad G, Oterhals G, Bachmann K. Gir deltagelse i frisklivssentralen i Molde et friskere liv? Deltagernes opplevelse av tilbudet, endring i fysiske parametere og helseatferd etter 3 måneder. Molde: Møreforskning Molde; 2013. Rapport 1308. Tilgjengelig fra: http://www.moreforsk.no/download.aspx?object_id=109CAA72CCA445AAB012780DAB90E68B
106. Lauvang M. Frisklivsresept som virkemiddel for atferdsendring [mastergrad]. Ås: Norwegian University of Life Sciences; 2014.
107. Sand NB. Et helhetlig blikk på en helhetlig sentral: en kvalitativ studie av Frisklivssentralen i Moss = A comprehensive view of a holistic center : a qualitative study of the healthy living center in Moss [mastergrad]. Ås: Universitetet for miljø- og biovitenskap Institutt for landskapsplanlegging; 2013. Tilgjengelig fra: http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/188451/3/sand_master2013.pdf
108. Selø B. Deltakeres opplevelser og erfaringer etter endt reseptperiode ved en frisklivssentral [mastergrad]. Elverum: Høgskolen i Hedmark; 2013. Master folkehelsevitenskap. Tilgjengelig fra: [http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/132258/1/sel%C3%B8%20\(2\).pdf](http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/132258/1/sel%C3%B8%20(2).pdf)
109. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2013;(5):CD000165.
110. Lindström J, Ilanne-Parikka P, Peltonen M, Aunola S, Eriksson JG, Hemiö K, et al. Sustained reduction in the incidence of type 2 diabetes by lifestyle intervention: follow-up of the Finnish Diabetes Prevention Study. Lancet 2006;368(9548):1673-9.
111. Ivarsson BH. Sjukdomsförebyggande metoder: samtal om levnadsvanor i vården. Stockholm: Natur Kultur Akademisk; 2014.
112. Denison E, Vist GE, Underland V, Berg R. Effekter av organisert oppfølging på atferd som øker risiko for sykdom hos voksne. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2012. Rapport fra kunnskapssenteret nr 12-2012. Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/effekter-av-organisert-oppfolging-pa-atferd-som-oket-risiko-for-sykdom-hos-voksne>
113. Metoder för rökavvänjning: sammanfattning och slutsatser. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2003. Tilgjengelig fra: http://www.sbu.se/contentassets/17b2876d91ef446097835d827cbefca8/rokrappporten_slutsatser.pdf

114. Ommundsen Y, Aadland A. Fysisk inaktive voksne i Norge: hvem er inaktive - og hva motiverer til økt fysisk aktivitet. Oslo: Helsedirektoratet; 2009. IS-1740. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/721/Fysisk-inaktive-voksne-i-norge-hvem-er-inaktive-og-hva-motiverer-til-okt-fysisk-aktivitet-IS-1740.pdf>
115. Kallings LV. Fysisk aktivitet på recept i Norden: erfaringer og anbefalinger. [s.l.]: Nordisk nettverk for fysisk aktivitet, mat og sunnhet; 2010. Tilgjengelig fra: https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/fysisk-aktivitet/motion-paa-recept/~/_media/23C9A57C13F-146C7A3321C7795B154DC.ashx
116. Olsson SJ, Borjesson M, Ekblom-Bak E, Hemmingsson E, Hellenius ML, Kallings LV. Effects of the Swedish physical activity on prescription model on health-related quality of life in overweight older adults: a randomised controlled trial. BMC public health 2015;15:687.
117. Oldervoll LM, Lillefjell M. Fysisk aktivitet, folkehelse og samhandling: Innherredsmodellen - trinn 1 : kunnskapsoversikt. Trondheim: Senter for helsefremmende forskning HiST/NTNU; 2011. Rapportserie fra Senter for helsefremmende forskning HiST/NTNU 2011/2. Tilgjengelig fra: http://www.innherred-samkommune.no/prosjekt/frisklivssentraler/dok/kunnskapsoversikt_2011_150411.pdf
118. Metoder för att främja fysisk aktivitet: en systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2007. Tilgjengelig fra: http://www.sbu.se/contentassets/c2cb6581355047b48367f19e1c9e3700/fysisk_aktivitet.pdf
119. Denison E, Underland V, Berg R, Vist GE. Effekter av mer enn tre måneders organisert oppfølging på fysisk aktivitet og kosthold hos personer med økt risiko for livsstilsrelatert sykdom. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenteret for helsetjenesten; 2014. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 16-2014. Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/effekter-av-mer-enn-tre-maneders-organisert-oppfolging-pa-fysisk-aktivitet-og-kosthold-hos-personer-med-okt-risiko-for-livsstilsrelatert-sykdom>
120. Positive effekter ved røykeslutt [nettdokument]. Oslo: helsenorge.no [oppdatert 6.11.2015; lest 14.1.2016]. Tilgjengelig fra: <https://helsenorge.no/rus-og-avhengighet/royk-og-snus/snus-og-roykeslutt/gevinsten-ved-roykeslutt>
121. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. BMJ 2004;328(7455):1519.
122. Tobak och avvänjning: en faktaskrift om behovet av prioritering av tobaksavvänjning. rev utg. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2009. R 2009:17.
123. Metoder för rökavvänjning. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 1998. SBU-rapport 138.
124. Ivarsson BH, red. Tobaksavvänjning i hälso- och sjukvården: en kunnskapssammanställning med praktiske råd og verktøy for hälso- og sjukvårdspersonal 2007. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut i samarbeide med Socialstyrelsen; 2007. Statens folkhälsoinstitut 2007:16. Tilgjengelig fra: http://www.viss.nu/Global/Bilagor/Tobaksavvanjning_0709.pdf
125. Ranney L, Melvin C, Lux L, McClain E, Morgan L, Lohr KN. Tobacco use: prevention, cessation, and control. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2006. Evidence report/technology assessment 140 / Report No.: 06-E015. Tilgjengelig fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK38122/>
126. Holme I, Retterstøl K, Norum KR, Hjermann I. Lifelong benefits on myocardial infarction mortality: 40-year follow-up of the randomized Oslo diet and antismoking study. J Intern Med 2016;280(2):221-7.

127. Beck AM, Stenbæk Hansen B, Stage Hansen G, Holst M, Hejgaard T, Sode V, et al. Notat til anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til patienter med kroniske sygdomme i forhold til en ernæringsindsats. København: Sundhedsstyrelsen; 2015. Tilgjengelig fra: <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sygdom-og-behandling/kronisk-sygdom/~media/34BD-FC15093F4F95A4EA2ADB2EEC68A0.ashx>
128. Knowler WC, Fowler SE, Hamman RF, Christophi CA, Hoffman HJ, Brenneman AT, et al. 10-year follow-up of diabetes incidence and weight loss in the Diabetes Prevention Program Outcomes Study. *Lancet* 2009;374(9702):1677-86.
129. Lindström J, Louheranta A, Mannelin M, Rastas M, Salminen V, Eriksson J, et al. The Finnish Diabetes Prevention Study (DPS): Lifestyle intervention and 3-year results on diet and physical activity. *Diabetes Care* 2003;26(12):3230-6.
130. Økonomisk evaluering av helsetiltak: en veileder. Oslo: Helsedirektoratet; 2012. IS-1958. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/624/Okonomisk-evaluering-av-helsetiltak-IS-1985.pdf>
131. Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker: helsetap, helsetjenestekostnader og produksjonstap fordelt på diagnoser og risikofaktorer. Oslo: Helsedirektoratet; 2015. IS-2264. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/886/Samfunnskostnader-ved-sykdom-og-ulykker-IS-2264.pdf>
132. Klepp KI, red. Folkehelsearbeidet: veien til god helse for alle. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. IS-1846. (Utviklingstrekkrapporten 2010). Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/651/Utviklingstrekkrapport-2010-folkehelsearbeidet-veien-til-god-helse-for-alle-engelsk-IS-1846-bokmal.pdf>
133. Samfunnsøkonomiske beregninger av tiltak innen kosthold og fysisk aktivitet: oversikt og forslag til beregninger. Oslo: Helsedirektoratet; 2015. IS-2273. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/964/Samfunnsokonomiske-beregninger-av-tiltak-innen-kosthold-og-fysisk-aktivitet-IS-2273.pdf>
134. Sælensminde K, Torkilseng E. Samfunnsøkonomiske kostnader av røyking: en vurdering av metodikk og kostnadenes størrelsesorden. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. IS-1825. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/90/Samfunnsokonomiske-kostnader-av-royking-en-vurdering-av-metodikk-og-kostnadenes-storrelsesorden-IS-1825.pdf>
135. Nasjonalt råd for ernæring. Kostråd for å fremme folkehelsen og forebygge kroniske sykdommer: metodologi og vitenskapelig kunnskapsgrunnlag. Oslo: Helsedirektoratet; 2011. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/400/Kostrad-for-a-fremme-folkehelsen-og-forebygge-kroniske-sykdommer-metodologi-og-vitenskapelig-kunnskapsgrunnlag-IS-1881.pdf>
136. Juel K, Sørensen J, Brønnum-Hansen H. Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark. København: Statens institut for folkesundhed; 2006. Tilgjengelig fra: http://www.si-folkesundhed.dk/upload/risikofaktorer_def.pdf
137. Estimering af niveauet for de samfundsmæssige omkostninger i 2012 på baggrund af resultater fra rapporten "Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark" (Sundhedsstyrelsen 2006) [internt notat]. København: Statens Institut for Folkesundhed; 2012.
138. Eriksson MK, Hagberg L, Lindholm L, Malmgren-Olsson EB, Osterlind J, Eliasson M. Quality of life and cost-effectiveness of a 3-year trial of lifestyle intervention in primary health care. *Arch Intern Med* 2010;170(16):1470-9.

139. Delahanty LM, McCulloch DK. Nutritional considerations in type 2 diabetes mellitus. UpToDate [database]. UpToDate, Inc [oppdatert 19.9.2014; lest 19.1.2016]. Tilgjengelig fra: http://www.uptodate.com/contents/nutritional-considerations-in-type-2-diabetes-mellitus?source=search_result&search=diabetes+and+nutrition+treatment
140. Diabetes Prevention Program (DPP). Bethesda, MD: Clearinghouse NDI; 2008. NIH Publication No. 09-5099. Tilgjengelig fra: https://www.niddk.nih.gov/about-niddk/research-areas/diabetes/diabetes-prevention-program-dpp/Documents/DPP_508.pdf
141. Pan X-R, Li G-W, Hu Y-H, Wang J-X, Yang W-Y, An Z-X, et al. Effects of diet and exercise in preventing NIDDM in people with impaired glucose tolerance: The Da Qing IGT and diabetes study. *Diabetes Care* 1997;20(4):537-44.
142. Lindgren P, Lindstrom J, Tuomilehto J, Uusitupa M, Peltonen M, Jonsson B, et al. Lifestyle intervention to prevent diabetes in men and women with impaired glucose tolerance is cost-effective. *Int J Technol Assess Health Care* 2007;23(2):177-83.
143. Aas AM. Lifestyle intervention and insulin in the treatment of type 2 diabetes: the effect of different treatment modalities on body weight and cardiovascular risk [doktorgrad]. Oslo: Unipub; 2008.
144. Herman WH, Hoerger TJ, Brandle M, Hicks K, Sorensen S, Zhang P, et al. The cost-effectiveness of lifestyle modification or metformin in preventing type 2 diabetes in adults with impaired glucose tolerance. *Ann Intern Med* 2005;142(5):323-32.
145. Pavlovich WD, Waters H, Weller W, Bass EB. Systematic review of literature on the cost-effectiveness of nutrition services. *J Am Diet Assoc* 2004;104(2):226-32.
146. Dalziel K, Segal L. Time to give nutrition interventions a higher profile: cost-effectiveness of 10 nutrition interventions. *Health Promot Int* 2007;22(4):271-83.
147. Appel LJ, Anderson CA. Compelling evidence for public health action to reduce salt intake. *N Engl J Med* 2010;362(7):650-2.
148. Bibbins-Domingo K, Chertow GM, Coxson PG, Moran A, Lightwood JM, Pletcher MJ, et al. Projected effect of dietary salt reductions on future cardiovascular disease. *N Engl J Med* 2010;362(7):590-9.
149. Cerqueira C, Jørgensen T, Helms Andreasen A, Siganos G, Toft U. Konsekvensberegninger for reduktion af danskernes saltindtag. Glostrup: Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed; 2012. Tilgjengelig fra: <https://www.regionh.dk/fcfs/publikationer/Documents/Konsekvensberegninger%20for%20reduktion%20af%20danskernes%20saltindtag.pdf>
150. Sælensminde K, Torkilseng E. Vunne kvalitetsjusterte leveår (QALYs) ved fysisk aktivitet. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. IS-1794. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/92/Vunne-kvalitetsjusterte-leveaar-qalys-ved-fysisk-aktivitet-IS-1794.pdf>
151. Helsedirektoratet, Avdeling finansiering og DRG, Innspill til ny oppdatering av reduserte helsekostnader for gående og syklende, samt konsistensvurderinger av verdsetting av liv og helse anvendt i ulike sammenhenger i Statens vegvesens Håndbok 140. Notat til: Statens vegvesen, Vegdirektoratet, Oslo, 29. januar 2014. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Documents/Statistikk%20og%20analyse/Samfunns%C3%B8konomiske%20analyser/Notat%20til%20Vegdirektoratet%20om%20oppdaterte%20helsekostnader%20versjon%2029%20januar%202014.pdf>

152. Vektutviklingen i Norge fra slutten av 1960-tallet til 2000 [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert 5.8.2014; lest 25.1.2016]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/fp/overvekt/vektutviklingen-i-norge-fra-slutten/>
153. Hovengen R, Strand BH. Barns vekst i Norge - resultater 2010. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2011. Barnevekststudien: Høyde, vekt og livvidde målt blant 3.-klassinger.
154. Lærum E, Brage S, Ihlebæk C, Johnsen K, Natvig B, Aas E. Et muskel- og skjelettrengskap: Forekomst og kostnader knyttet til skader, sykdommer og plager i muskel- og skjelettsystemet. Oslo: FORMI, Klinikk for kirurgi og nevrofag; 2013. MST-rapport 1/2013. Tilgjengelig fra: http://www.formi.no/images/uploads/pdf/rapport_mussp_online.pdf
155. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet 2015;386(9995):743-800.
156. Bjorvatn B. Bedre søvn: en håndbok for deg som sover dårlig. Bergen: Vigmostad & Bjørke; 2007.
157. Bjorner T. Leger og sovemedisin. Tidsskr Nor Legeforen 2008;128(2):159.
158. Irwin MR, Cole JC, Nicassio PM. Comparative meta-analysis of behavioral interventions for insomnia and their efficacy in middle-aged adults and in older adults 55+ years of age. Health Psychol 2006;25(1):3-14.
159. Morin CM, Culbert JP, Schwartz SM. Nonpharmacological interventions for insomnia: a meta-analysis of treatment efficacy. Am J Psychiatry 1994;151(8):1172-80.
160. Murtagh DR, Greenwood KM. Identifying effective psychological treatments for insomnia: a meta-analysis. J Consult Clin Psychol 1995;63(1):79-89.
161. 2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. Geneva: World Health Organization; 2008. Tilgjengelig fra: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_action_plan_en.pdf
162. Major EF. Hvordan påvirker levevaner vår psykiske helse? forebygging.no [nettdokument]. Narvik: KoRus-Nord [oppdatert 2015; lest 21.1.2016]. Tilgjengelig fra: <http://www.forebygging.no/Artikler/2015/Hvordan-pavirker-levevaner-var-psykiske-helse/>
163. Gradientutfordringen: Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet. IS-1229. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/280/Gradientutfordringen-sosial-og-helsedirektoratets-handlingsplan-mot-sosiale-ulikheter-i-helse-IS-1229.pdf>
164. Mykletun A, Knudsen AK, Mathiesen KS. Psykiske lidelser i Norge: et folkehelseperspektiv. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2009. Rapport 2009:8.
165. Ochner CN, Tsai AG, Kushner RF, Wadden TA. Treating obesity seriously: when recommendations for lifestyle change confront biological adaptations. Lancet Diabetes Endocrinol 2015;3(4):232-4.
166. Sykefravær, 4. kvartal 2012 [nettdokument]. Oslo: SSB [oppdatert 14.3.2013; lest 8.2.2016]. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/sykefratot/kvartal/2013-03-14>
167. Fysisk aktivitetsnivå blant voksne og eldre i Norge: oppdaterte analyser basert på nye nasjonale anbefalinger i 2014. Oslo: Helsedirektoratet; 2014. IS-2183. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/729/Fysisk-aktivitetsniva-blant-voksne-og-eldre-i-norge-oppdaterte-analyser-basert-pa-nye-nasjonale-anbefalinger-i-2014-IS-2183.pdf>

168. Totland TH, Melnæs BK, Lundberg-Hallén N, Helland-Kigen KM, Lund-Blix NA, Myhre JB, et al. Norkost 3: en landsomfattende kostholdsundersøkelse blant menn og kvinner i Norge i alderen 18-70 år, 2010-11. Oslo: Helsedirektoratet; 2012. IS-2000. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/301/Norkost-3-en-landsomfattende-kostholdsundersokelse-blant-menn-og-kvinner-i-norge-i-alderen-18-70-ar-2010-11-IS-2000.pdf>
169. Thorsen K, Clausen S-E. Hvem er de ensomme? Samfunnsspeilet 2009;23(1):74-8.
170. Tønnessen M. Befolkningsframskrivinger 2014-2100: hovedresultater. Økonomiske analyser 2014;33(4):30-6.
171. Integreringen i Norge: tall og statistikk over integreringen i Norge [nettdokument]. Oslo: IMDI [oppdatert 2016; lest 7.9.2016]. Tilgjengelig fra: <http://www.imdi.no/tall-og-statistikk/>
172. Folkehelse rapport 2010: helsetilstanden i Norge. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2010. Rapport 2010:2. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/globalassets/migrering/dokumenter/pdf/folkehelse rapport-2010---helsetilstanden-i-norge-pdf.pdf>
173. Barstad A. Levekår og livskvalitet: vitenskapen om hvordan vi har det. Oslo: Cappelen Damm akademisk; 2014.
174. Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). Prop. 91 L (2010-2011). Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/6aaaa5e4b6b34d9581e4c0e34d8eabeb/no/pdfs/prp201020110091000dddpdfs.pdf>
175. Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten. FOR 2002-12-20 nr 1731. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2002-12-20-1731>
176. Organisering av læring og mestring i kommuner og helseforetak I: Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator. rev. utg. Oslo: Helsedirektoratet; 2015. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/seksjon?Tittel=organisering-av-lering-og-8110>
177. Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonal helse- og sykehusplan: 2016-2019. Meld. St. 11 (2015-2016). Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/7b6ad7e0ef1a403d-97958bcb34478609/no/pdfs/stm201520160011000dddpdfs.pdf>
178. Lov om erstatning ved pasientskader mv. (pasientskadeloven). LOV 2001-06-15 nr 53. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-53>
179. Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene: veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. Oslo: Helsedirektoratet; 2004. IS-1201. s. 13. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/122/IS-1201-Kvalitet-i-pleie-og-omsorgstjenesten.pdf>
180. Andreassen TA. Brukermedvirkning i helsetjenesten: arbeid med brukerutvalg og andre medvirkningsprosesser. Oslo: Gyldendal akademisk; 2005.
181. Jamtvedt G, Hagen KB. Brukermedvirkning i kunnskapsbasert fysioterapi. Fysioterapeuten 2015;82(2):30.
182. Regelverk (IPLOS-spørsmål og svar) [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 1.11.2015; lest 25.1.2016]. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/iplos-registeret/iplos-sporsmal-og-svar/regelverk>
183. Forskrift om fastlegeordning i kommunene. FOR 2012-08-29 nr 842. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842>

184. Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator: veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator Oslo: Helsedirektoratet; 2015. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>
185. mestrings.no [nettside]. Oslo: Oslo universitetssykehus HF [oppdatert 20.1.2016; lest 25.1.2016]. Tilgjengelig fra: <http://mestrings.no/>
186. Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. FOR-2003-04-03-450. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-04-03-450>
187. Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3.april 2003 nr. 450. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2004. IS-1154. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/388/veileder-til-forskrift-kommunens-helsefremmende-og-forebyggende-arbeid-i-helsestasjons-og-skolehelsetj-.pdf>
188. Samhandlingsreformen: lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak: nasjonal veileder. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2012. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/dokumenter-sam/nasjonal-veileder-samarbeidsavtaler-mellom-kommuner.pdf>
189. Lærings- og mestrings tjenester: organisering og samhandling [nettdokument]. Oslo: Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse, Oslo universitetssykehus [oppdatert 15.5.2016; lest 21.4.2016]. Tilgjengelig fra: <http://mestrings.no/laerings-og-mestrings-tjenester/laerings-og-mestrings-tjenester-organisering-og-samhandling/>
190. Nasjonal plan for selvhjelp 2014-2018. Oslo: Helsedirektoratet; 2014. IS-2168. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/300/Nasjonal-plan-for-selvhjelp-2014-2018-IS-2168.pdf>
191. Veileder i bruk av sosiale medier i helse-, omsorgs- og sosialsektoren. Versjon 2.0. Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <https://ehelse.no/Documents/Normen/1%20Veiledere/Veileder%20sosiale%20medier/Veileder-sosiale-medier-versjon-2%200.pdf>
192. Forskrift om pasientjournal. FOR 2000-12-21 nr 1385. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-21-1385>
193. Forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgstjenesten. FOR-2015-07-01-853. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-07-01-853>
194. Norm for informasjonssikkerhet: helse- og omsorgstjenesten. Versjon 5.1, 5. utg. Oslo: Styringsgruppen for Normen; 2015. Tilgjengelig fra: <https://ehelse.no/Documents/Normen/Norm%20for%20informasjonssikkerhet%205.1%20%20Utgabe.pdf>
195. Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp (pasientjournalloven). LOV-2014-06-20-42. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2014-06-20-42>
196. Taushetsplikt og opplysningsrett. Kapittel 5 I: Lov om helsepersonell mv (helsepersonelloven) LOV-1999-07-02-64. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_5
197. Helsepersonelloven med kommentarer. Oslo: Helsedirektoratet; 2012. Rundskriv IS-8/2012. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/207/Helsepersonelloven-med-kommentarer-IS-8-2012.pdf>

198. Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven). LOV-1967-02-10. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1967-02-10>
199. Barn som pårørende. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. Rundskriv IS-5/2010. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/414/Barn-som-paerend-de-IS-5-2010.pdf>
200. Lov om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven). LOV 2000-04-14 nr 31. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-04-14-31>
201. Noark 5: standard for elektronisk arkiv. Versjon 3.1. Oslo: Riksarkivet; 2013. Tilgjengelig fra: <http://www.arkivverket.no/arkivverket/Offentleg-forvalting/Noark/Noark-5>
202. Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer: lov av 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter. rev. utg. Oslo: Helsedirektoratet; 2016. Rundskriv IS-8/2015. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/945/IS-%208%202015%20Rundskrivpasientogbrukerrettighetsloven.pdf>
203. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven). LOV 1999-07-02 nr 61. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
204. Sammen - mot kreft: nasjonal kreftstrategi 2013-2017. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/07cd14ff763444a3997de-1570b85fad1/kreftstrategien_2013.pdf
205. En framtid uten tobakk: nasjonal strategi for arbeidet mot tobakksskader: 2013–2016. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/dokumenter20fha/enfremtidulentobakk_nasjonalstrategi.pdf
206. Helgesen MK, Hofstad H. Regionalt og lokalt folkehelsearbeid: ressurser, organisering og koordinering: en baselineundersøkelse. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning; 2012. NIBR-rapport 2012:13. Tilgjengelig fra: <http://evalueringsportalen.no/evaluering/regional-og-lokalt-folkehelsearbeid-ressurser-organisering-og-koordinering-en-baselineundersokelse/NIBR-rapport%20folkehelsearbeid.pdf/@@inline>
207. Klima- og miljødepartementet. Friluftsliv: natur som kilde til helse og livskvalitet. Meld. St. 18 (2015-2016). Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/9147361515a74e-c8822c8dac5f43a95a/no/pdfs/stm201520160018000dddpdfs.pdf>
208. Røykeavvenning: nasjonal faglig retningslinje for røykeavvenning rev. utg. Oslo: Helsedirektoratet; 2016. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/roykeavvenning>
209. Bäcklund S, Enstad F, Frøyland K, Gimse AØ, Hoel I, Ingerslev H. Fra bekymring til handling: en veileder om tidlig intervensjon på rusområdet. 4. oppl. [i.e. ny utg.]. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. IS-1742. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/339/Fra-bekymring-til-handling-IS-1742.pdf>
210. Barn og unge med habiliteringsbehov: samarbeid mellom helse- og omsorgssektoren og utdanningssektoren om barn og unge som trenger samordnet bistand. Oslo: Helsedirektoratet; 2015. IS-2396. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1121/Barn-og-unge-med-habiliteringsbehov-samarbeid-mellom-helse-og-omsorgssektoren-og-utdanningssektoren.pdf>
211. Retningslinjer for mat og måltider i barnehagen. Oslo: helsedirektoratet S-o; 2007. IS-1484. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/431/Retningslinjer-for-mat-og-maltider-i-barnehagen-IS-1484.pdf>

212. Mat og måltider i skolen: nasjonal faglig retningslinje for mat og måltider i skolen. rev. utg. Oslo: Helsedirektoratet; 2015. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/mat-og-maltider-i-skolen>
213. Crawford MJ, Rutter D, Manley C, Weaver T, Bhui K, Fulop N, et al. Systematic review of involving patients in the planning and development of health care. *Bmj* 2002;325(7375):1263.
214. Brukermedvirkning [nettdokument]. Oslo: Kommunal- og regionaldepartementet [oppdatert 1.3.2012; lest 25.1.2016]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumentarkiv/stoltenberg-ii/krd/tema-og-redaksjonelt-innhold/kampanjesider/2007/kvalitetskommuneprogrammet/verktoykasse/brukermedvirkning/brukermedvirkning/id582859/>
215. Mæland JG. Forebyggende helsearbeid: folkehelsearbeid i teori og praksis. 3. utg. Oslo: Universitetsforl.; 2010.
216. Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven). Prop. 90 L (2010-2011). Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/156cc635411248b-da507c9411bdf4cd0/no/pdfs/prp201020110090000dddpdfs.pdf>
217. Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. FOR-2011-12-16-1256. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>
218. Iversen SM, Bremnes O, Sæter T. Helhetlig pasientforløp for brukere med behov for koordinerte tjenester. Stjørdal: Helse midt-Norge RHF; 2013. Tilgjengelig fra: <https://ekstranett.helse-midt.no/1007/samarbeidsutvalg%20HNT/Sakspapirer/Sak%202021-13%20Vedlegg%20Tjenesteavtale%20%20Vedlegg%201%20Helhetlig%20pasientforl%C3%B8p%20for%20brukere%20med%20behov%20for%20koordinerte%20tjenester.PDF>
219. Health promotion glossary. Geneva: World health organization; 1998. Tilgjengelig fra: <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>
220. Well-being på norsk. Oslo: Helsedirektoratet; 2015. IS-2344. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/971/Well-being%20på%20norsk%20IS-2344.pdf>
221. Fugelli P, Ingstad B. Helse på norsk: god helse slik folk ser det. Oslo: Gyldendal akademisk; 2009.
222. Tones K, Green J. Health promotion: planning and strategies. London: Sage Publications; 2004.
223. Antonovsky A. Helbredets mysterium: at tåle stress og forblive rask. København: Hans Reitzel Forlag; 2000.
224. Hjort PF. Helsebegrepet, helseidealet og helsepolitiske mål. I: Lorentzen PE, Åker J, Berge T, red. Helsepolitikk og helseadministrasjon. Oslo: Tanum-Norli; 1982. s. 11-31.
225. Helsepedagogikk [nettdokument]. Oslo: Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse [oppdatert 6.1.2016; lest 1.9.2016]. Tilgjengelig fra: <http://mestring.no/helsepedagogikk/>
226. Kognitiv terapi [nettdokument]. Hønefoss: Norsk forening for kognitiv terapi [oppdatert 2016; lest 25.1.2016]. Tilgjengelig fra: <http://www.kognitiv.no/kognitiv-terapi/>
227. Kunnskapsbasert praksis [nettside]. Bergen og Oslo: Høgskolen i Bergen og Folkehelseinstituttet [oppdatert 2012; lest 1.9.2016]. Tilgjengelig fra: <http://kunnskapsbasertpraksis.no/>
228. Likepersonsarbeid i PTØ Norge [nettdokument]. [s.l.]: PTØ Norge [oppdatert 2015; lest 25.1.2016]. Tilgjengelig fra: http://www.pto-norge.no/pto_norge_1/likepersonsarbeid/likepersonsarbeid_i_pto_norge

229. Djuve AB, Kavli HC, Hagelund A. Kvinner i kvalifisering: introduksjonsprogram for nyankomne flyktninger med liten utdanning og store omsorgsoppgaver. Oslo: Fafo; 2011. Fafo-rapport 2011:02. Tilgjengelig fra: http://www.fafo.no/media/com_netsukii/20193.pdf
230. Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. En helhetlig integreringspolitikk. Meld.St. 6 (2012-2013). Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-6-20122013/id705945/>
231. Om læring og mestring i helse- og omsorgstjenesten. I: Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator. rev. utg. Oslo: Helsedirektoratet; 2015. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/seksjon?Tittel=om-lering-og-mestring-8105>
232. Psykisk helse i Norge: psykiske plager og lidelser hos voksne - faktaark med helsestatistikk [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert 11.5.2015; lest 14.1.2016]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskhelse/psykiske-plager-og-lidelser-hos-vok/>
233. Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller. St.meld. nr. 20 (2006-2007). Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/bc70b9942ea241cd90029989bff72d3c/no/pdfs/stm200620070020000dddpdfs.pdf>
234. Glavin K, Erdal B. Tverrfaglig samarbeid i praksis: til beste for barn og unge i kommune-Norge. Oslo: Kommuneforlaget; 2013.



Helsedirektoratet

Postadresse: Pb. 7000
St Olavs plass, 0130 Oslo
Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
E-post: postmottak@helsedir.no
www.helsedirektoratet.no